



**UNIVERSIDADE DO MINDELO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

RELATÓRIO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ano letivo 2019/2020 – 4º Ano

Tema: Assistência de Enfermagem no Tratamento ao Utente com Cancro de Pulmão, no Serviço de Medicina do Hospital Dr. Baptista de Sousa.

Autor: LENISIA SORAIA LIMA GONÇALVES, Nº 4022

Orientador: MESTRE NIVALDO CASTRO

Mindelo, 2020

Lenisia Soraia Lima Gonçalves

Assistência de enfermagem no tratamento ao utente com cancro de pulmão, no serviço de Medicina do Hospital Dr. Baptista de Sousa.

Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

Orientador: Mestre Nivaldo Castro

Mindelo

2020

Dedicatória

Dedico este trabalho por inteiro a minha mãe Filomena Gonçalves, pela presença constante em minha vida e pelo incentivo, por acreditar em mim! Seu colo é a minha proteção, sua vida minha inspiração e seu amor minha orientação.

Agradecimentos

Em primeiro lugar agradeço à Deus pelo dom da vida, por me dar vida e saúde, por ser meu amigo sempre presente em todos os momentos. Pois eu posso tudo naquele que me fortalece.

Aos meus amados pais Filomena Gonçalves e Cassiano Gonçalves que tanto me apoiaram e lutaram pela minha educação e nunca me deixaram perder a fé, sempre vão ser a minha base e fonte de inspiração. Pela força e amor incondicional.

Ao meu irmão Rivaldo Gonçalves que sempre me apoiou nas horas mais diversas possíveis.

Agradeço o especial apoio, atenção e a dedicação do meu orientador mestre Nivaldo Castro pela disponibilidade, incentivo e paciência que teve comigo.

Aos docentes da Universidade do Mindelo que me ajudaram na procura de conhecimento ao longo do curso e partilharam às suas experiências e que contribuíram para a minha trajetória académica.

A todos os meus familiares que me apoiaram, principalmente a minha tia Natália Lima que mesmo longe sempre teve do meu lado durante este percurso um agradecimento enorme pela sua amizade, apoio e preocupação.

Agradeço aos meus amigos pelo apoio e incentivo sempre que foi preciso, que estiveram comigo nesta jornada.

Agradeço aos meus colegas que estiveram comigo desde o início (no Ensino Básico), quando tudo começou, até o final, com o término da minha licenciatura, sempre vos levarei comigo no coração.

Por ultimo, não podia deixar de expressar um profundo agradecimento, aos Enfermeiros do Serviço de Medicina do Hospital Dr. Baptista de Sousa, pelo apoio que nos deram durante o desenrolar do ensino clínico, e ainda um especial agradecimento a aqueles

enfermeiros que disponibilizaram um pouquinho do seu tempo para participar do meu estudo com as entrevistas e consequente formação profissional.

E é com muita alegria, e emoção que expresso uma grande gratidão a todos quanto participaram na realização deste trabalho, pois sem vocês nada disso seria possível.

A todos, o meu enorme obrigada!!!

Epígrafe

“Escolhi os plantões, porque sei que o escuro da noite amedronta os enfermos, escolhi estar presente na dor, porque já estive muito perto do sofrimento, escolhi servir ao próximo, porque sei que todos nós um dia precisamos de ajuda, escolhi o branco, porque quero transmitir a paz, escolhi estudar métodos de trabalho, porque os livros são fonte do saber, escolhi ser Enfermeiro, porque Amo e respeito a Vida”!

Florence Nightingale (1920)

Resumo

O cancro de pulmão é uma das neoplasias que apresenta a menor taxa de cura, devido às dificuldades de seu diagnóstico precoce, associado a isso, verifica-se uma importante relação desta patologia com o tabagismo, onde o tabaco age de forma agressiva em toda a mucosa brônquica. Mas não só o tabagismo é visto como fator etiológico da neoplasia pulmonar, existe outros agentes que também podem desencadeá-la. Já em Cabo Verde a incidência do cancro de pulmão acompanha a tendência mundial, em 2011, foi a segunda causa de morte na classificação de doenças crônicas não transmissíveis, caracterizada pelo aumento da esperança média de vida e consequentemente o envelhecimento populacional. Assim sendo, a enfermagem surge como pilar de qualquer sistema de saúde, preconizando o cuidar de forma holística, isto é, o enfermeiro é um dos profissionais habilitados e disponíveis para apoiar e orientar o utente e a família durante o processo da patologia, tratamento e reabilitação. Sendo assim, entendeu-se ser pertinente desenvolver este estudo com o objetivo geral de descrever a assistência de enfermagem aos utentes com cancro de pulmão atendidos no serviço de medicina do Hospital Dr. Baptista de Sousa (HBS). Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, exploratório com uma abordagem fenomenológica utilizando como método de colheita de informações uma entrevista semiestruturada, do qual participaram a cinco (5) enfermeiros que trabalham no serviço de medicina do HBS. Na análise das informações recolhidos, conclui-se que é necessário apostar na melhoria da assistência de enfermagem aos utentes com cancro de pulmão, pois os enfermeiros precisam compreender e aprofundar mais os conhecimentos sobre a patologia de modo a oferecerem apoio e orientações adequadas e atempadas, os resultados indicam ainda a necessidade de melhorias no que toca a prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento da patologia, ou seja, alguns enfermeiros realçaram que no serviço não tem opções de tratamento sendo que os utentes chegam num estado muito avançada da doença. Ainda observe-se que as dificuldades encontradas no serviço são os recursos humanos e matérias como também os fatores psicológicos do utente, portanto os enfermeiros tentam proporcionar um cuidado integrado e de uma maior qualidade de vida a esses utentes com o diagnóstico de uma patologia sem possibilidade de cura, oferecendo um cuidado holístico, tendo em conta seus aspetos físicos, psicológicos, espirituais e familiares.

Palavras-chave: Cancro; Cancro de Pulmão; Assistência de Enfermagem.

Abstract

Lung cancer is one of the neoplasms that has the lowest cure rate, because of the difficulties of its early diagnosis. In addition, there is an important relationship between this pathology and smoking, in which tobacco acts aggressively throughout the bronchial mucosa. Nevertheless, smoking is not seen as the only etiological factor in lung cancer, there are other agents that can also cause it. In Cape Verde the incidence of cancer follows the global tendency. In 2011 it was the second leading cause of death in the chronic non-communicable diseases classification, characterized by the increase of average life expectancy and consequently the population aging. Therefore, nursing appears as a pillar of any health system, proposing the holistic care. This means that the nurse is one of the qualified and available professionals to support and guide the patient and the family during the pathology process, treatment and rehabilitation. Therefore, it became pertinent to develop this study with a general objective: to describe the nursing care to patients with lung cancer treated at the medical service of Dr. Baptista de Sousa Hospital (HBS). The methodology used was qualitative study, descriptive, exploratory with a phenomenological approach, using as a method of collecting information a semi-structured interview, in which five (5) nurses who work in the HBS medicine service participated. By analyzing the information collected, it was concluded that it is necessary to invest in improving nursing care for patients with lung cancer, as the results show that nurses need to understand and deepen the knowledge about the pathology so that they can offer timely adequate support and guidance. The results also indicate the need for improvements in terms of prevention, diagnosis and treatment of pathology, meaning that, some nurses pointed out that the service has no treatment options and that patients arrive at a very advanced stage of the disease. It should also be mentioned that the difficulties encountered in the service derive from human and material resources as well as the psychological factors of the patient. Thus, nurses try to provide integrated care and a higher quality of life to these patients with the diagnosis of a pathology without the possibility of cure, offering holistic care, taking into account their physical, psychological, spiritual and family aspects.

Keywords: Cancer; Lung Cancer; Nursing Assistance.

Lista de Abreviaturas

ACS - American Cancer Society

CP - Cuidados paliativos

CPPC - Cancro De Pulmão De Pequenas Células

DNA - Ácido Desoxirribonucleico

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EGFR - Proteína do receptor do fator de crescimento epidérmico humano ou human epidermal growth factor receptor protein

EUA - Estados Unidos de América

EU - União Europeia

HBS - Hospital Dr. Baptista de Sousa

HIV - Vírus de Imunodeficiência Humana

IARC- International Agency for Research on Cancer

INCA - Instituto Nacional do Câncer

INE - Instituto Nacional de Estatísticas

KRAS - Kirsten Rat Sarcoma

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

NHF -Necessidades Humanas Fundamentais

NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONDR -Observatório Nacional de Doenças Respiratórias

PNCPP - Programa Nacional de Cuidados Paliativos de Portugal

PNCP - Programa Nacional de cuidados paliativos

SNC - Sistema Nervoso Central

TNM - Linfonodos Regionais e Metástase

TU - Tumor

Índice

INTRODUÇÃO.....	14
Justificativa da problemática.....	16
CAPÍTULO I - ESTADO DA ARTE.....	23
1. ESTADO DA ARTE.....	24
1.1 . Conceito de Cancro.....	24
1.2. Cancro de pulmão	25
1.3. Fatores de riscos do cancro de pulmão	26
1.4. Classificação do cancro de pulmão.....	30
1.5. Sinais e Sintomas do cancro de pulmão.....	32
1.6. Diagnóstico do cancro de pulmão.....	33
1.7. Estadiamento do cancro de pulmão	35
1.8 Prevenção do cancro de pulmão	38
1.9. Tratamento para o cancro de pulmão.....	39
1.10. Cuidados paliativos.....	41
1.11. Assistência de enfermagem ao utente oncológico	46
1.12. Competências esperados no enfermeiro oncológico	49
1.3. Humanização dos cuidados na assistência ao utente oncológico e sua família ...	50
1.13. Diagnósticos de enfermagem e Classificação das Intervenções de enfermagem	53
1.14. Teoria de Enfermagem de Virgínia Henderson	60
CAPÍTULO II - FASE METODOLÓGICA	64
2. METODOLÓGICA.....	65
2.1. Tipo de Estudo	65
2.2. Instrumento de recolha de informação.....	66
2.3. População Alvo.....	67
2.4. Caraterização do Campo Empírico	68
2.5. Aspetos éticos e legais	70
CAPÍTULO III – FASE EMPÍRICA	71
3 - ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	72
3.1. Caraterização dos entrevistados.....	72
3.2. Apresentação e análise das informações.....	73
3.3. Discussão dos Resultados	85
CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
Propostas	92

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94
APÊNDICES	102
Apêndice 1- Cronograma.....	103
Apêndice 2 - Guião das entrevistas.....	104
Apêndice 3 -Requerimento entregue ao Hospital Dr. Baptista de Sousa	107
Apêndice 4 - Termo de Consentimento Informado	108
Apêndice 5 - Análise e Interpretação das Categoria.....	109

Índice de Tabelas

Quadro 1- Número de utentes com cancro de pulmão inscritos no serviço de Medicina do HBS nos anos de 2015 à 2019.....	20
Quadro 2: Classificação do tumor primário, linfonodos regionais e metástases (TNM).....	35
Quadro 3 - Diagnóstico de NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) e intervenções de NIC (Classificação das Intervenções de Enfermagem)	54
Quadro 4- Caraterização socio demográfica dos entrevistados.....	73
Quadro 5 - Apresentação das categorias e Subcategorias.....	73

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito do curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo. Trata-se de uma monografia que tem como intuito dar início ao processo de aprendizagem no âmbito da investigação.

O tema eleito para esta pesquisa é **Assistência de enfermagem no tratamento ao utente com cancro de pulmão, no serviço de Medicina do Hospital Dr. Baptista de Sousa**, tendo como finalidade a obtenção do grau de licenciatura em enfermagem.

Tendo em conta que o cancro de pulmão é uma patologia que tem vindo a afetar cada vez mais a população na nossa sociedade, isto é, milhões de pessoas no mundo inteiro vivem com o diagnóstico de cancro, este tema é muito pertinente. Também numa área de investigação tão importante como esta, a investigação constante é inquestionavelmente necessária.

Neste sentido, como futuro profissional de saúde, decidiu-se escolher esse tema, com o intuito de desenvolver um trabalho rico em conteúdos, capaz de informar quem tiver acesso a ele e quem sabe fazer com que as pessoas deem a essa doença a sua devida importância. Não obstante a isso é importante ressaltar o interesse em ganhar competências e aprofundar conhecimentos no que diz respeito a temática em estudo, de modo a desenvolver as práticas de enfermagem com a máxima eficiência e eficácia possível, ajudando assim, na melhoria das condições de saúde do indivíduo e da saúde pública em geral.

Atualmente pode-se observar que o cuidado de enfermagem nas doenças oncológicas vêm ganhando a cada dia novas formas de trabalho, assim representando desafios constantes na vida desses profissionais, uma vez que os utentes oncológicos não são um grupo específico, podendo ser eles de qualquer faixa etária, sexo e cultura, pois o profissional de enfermagem deve estar sempre em busca de novas atualizações e estar atento nas novas formas de tratamento que vem surgindo, de modo a adequar o tratamento e a assistência tendo em conta cada utente.

No que se refere a estrutura, o presente trabalho encontra-se organizado em três capítulos bem definidos e com conteúdos pertinentes. Primeiramente explana-se a justificativa e a problemática do tema escolhido com uma breve exposição dos objetivos do trabalho estabelecidos e, de seguida, encontram-se os capítulos que compõem o trabalho.

O primeiro capítulo esboça o estado da arte que sustenta e situa a área temática em questão, explorando os tópicos mais pertinentes para uma melhor compreensão da problemática e do tema em estudo. Já o segundo capítulo apresenta e descreve o percurso metodológico utilizado e o terceiro e último capítulo destina-se à fase empírica, onde encontra a análise e interpretação dos dados e a referida conclusão e no final as referências bibliográficas bem como os apêndices e anexos.

É de salientar ainda que o presente trabalho foi redigido e formatado em obediência às normas da redação e formatação do trabalho científico, proposta pelas normas da Universidade do Mindelo e do novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

Justificativa da problemática

As motivações que levaram a escolha do tema vão do encontro quer ao interesse pessoal, académico e ainda profissional, como consequência de preocupações e curiosidades surgidas com a história de antecedentes familiares acometidos pela patologia.

Como futuro profissional de saúde e com a complexidade do tema, suscitou o interesse em aperfeiçoar os conhecimentos, bem como desenvolver um trabalho rico em conteúdos sobre o tema preenchendo as lacunas existentes sobre o mesmo.

O cancro é uma das patologias crónicas que tem sofrido um incremento em Cabo Verde em número e complexidade, independentemente da sua etiologia. É reconhecido como uma doença crónica e degenerativa cujo diagnóstico acarreta para o utente um vasto leque de consequências psicológicas, sendo que continua a ser fortemente associado a sentimentos de desesperança, medo, dor e inevitavelmente a morte.

Logo a escolha deste tema justifica-se pelo forte impacto que as doenças oncológicas de forma geral representam na vida das pessoas, pela sua elevada incidência, mortalidade e também pelos enormes custos envolvidos na sua prevenção, tratamento e reabilitação.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2007) 1,6 milhão de mortes por ano são atribuíveis ao cancro de pulmão. É um dos poucos tipos de cancro com uma causa bem conhecida o tabagismo. Os grandes esforços para reduzir o tabagismo e para introduzir o uso de filtros nos cigarros alteraram a epidemiologia do cancro de pulmão em países desenvolvidos, com um aumento da incidência de adenocarcinoma e uma diminuição do carcinoma de células escamosas.

Na perspetiva de Araújo (2009), o cancro é uma doença que causa muita dor, sofrimento espiritual e emocional, fazendo com que o utente sinta grande dificuldade em suportar sua vida. Existem tratamentos específicos para pessoas com essa patologia, melhorando assim, a sua qualidade de vida. Contudo, os cuidados paliativos direccionados aos utentes oncológicos terminais visam priorizar a dignidade e valorizar os utentes de forma humanizada e holística.

Para Silveira e Zago (2006) o cancro de pulmão é um tipo de cancro com maior número de novos casos em todo o mundo e é também o responsável pelo maior número de mortalidade.

Segundo dados da OMS em 2004, a Europa Ocidental apresenta a maior taxa de mortalidade por cancro do pulmão no sexo masculino, enquanto o Norte da Europa e os Estados Unidos da América apresentam a maior taxa de mortalidade por carcinoma do pulmão no sexo feminino. Ainda segundo os mesmos, a neoplasia pulmonar é mais comum nos países desenvolvidos com tendência crescente, dado o aumento progressivo da incidência do tabagismo nestes países.

De acordo com OMS, em 2012 ocorreu cerca de 1,8 milhão de novos casos de cancro de pulmão, ou 13,0% do total de cancro, dos quais 58,0% ocorreram em países em desenvolvimento.

Já em 2013 a OMS estima que serão diagnosticados no ano 2030, 27 milhões de casos de cancro, com 17 milhões de óbitos, se medidas urgentes e eficazes não forem tomadas. O maior impacto será registado nos países menos desenvolvidos, muitos dos quais mal equipados para enfrentar esse aumento.

Nos EUA em ambos os sexos, o cancro de pulmão é a causa líder de mortalidade entre os tumores, atingindo 95.400 homens e 62.000 mulheres no período de um ano, representando 25% das mortes por cancro e 5% das mortes em geral (Uehara, 2000).

Na ótica de Tortora e Nielsen (2013) os países como os Estados Unidos, o cancro de pulmão é a principal causa de morte por cancro, em homens e mulheres, chegando ao número de 160.000 mortes por ano.

Já no Brasil a incidência do cancro de pulmão tem aumentado nas últimas décadas, e apesar dos consideráveis avanços nas técnicas de diagnóstico e modalidades de tratamento, sua mortalidade continua aumentando em todo o mundo (Lorenzoni, 2001). Na região Sul, sua incidência é a mais significativa e superiores as demais regiões (Moreira, 2001).

Ainda no Brasil, o cancro de pulmão é a primeira causa de morte por cancro em homens e a segunda em mulheres. Apesar da possível eficácia da prevenção primária, através do controle do tabagismo, a sua incidência permanece elevada. Para o ano de 2003, estimativas do Instituto Nacional de Câncer (INCA), previram o surgimento de cerca de 22.000 novos casos, com mais de 16 mil óbitos no período. Os números

estimados de casos incidentes em 2003 refletiram taxas brutas de incidência de 17,41/100.000, entre homens, e 7,72/100.000, entre mulheres (Ministério de Saúde do Brasil, 2003).

Na grande maioria dos países europeus, o cancro do pulmão ocupa o primeiro lugar como tumor mais frequente, nomeadamente no Reino Unido, Bélgica, Holanda, Itália e Espanha (Jemal, 2005).

Em contraste, em países em que a epidemia do tabagismo emergiu recentemente e o consumo do tabaco é cada vez maior (como o caso da China, Coreia e algumas regiões de África), as taxas de incidência do cancro do pulmão estão a aumentar e é espetável que continuem a aumentar nas próximas décadas, impedindo a progressão das ações de intervenção ao nível da cessação tabágica e prevenção (International Agency for Research on Cancer (IARC), 2005).

Estima-se que 1,6 milhões de novos casos de cancro do pulmão tenham ocorrido em 2008, representando cerca de 13% do total de casos diagnosticados por cancro. Nos homens as taxas de incidência mais elevadas foram registadas na América do Norte, Europa, Ásia Oriental, Argentina e Uruguai, e as menores foram registadas na África subsariana. Para as mulheres, as taxas de incidência mais altas do cancro do pulmão foram na América do Norte, Europa do Norte, Austrália, Nova Zelândia e China, mundialmente, o cancro do pulmão é a principal causa de morte por cancro em homens e a segunda principal causa de morte por cancro em mulheres, com estimativas de 951 000 e 427 400 mortes para homens e mulheres respetivamente, em 2008 American Cancer Society (ACS, 2011).

O cancro do pulmão, em Portugal, é responsável por 24% de todos os óbitos por tumores malignos, representando assim, o cancro com maior taxa de mortalidade e o maior responsável por morte prematura Observatório Nacional de Doenças Respiratórias (ONDR) (2014-2015).

Segundo dados do INCA (2015), o cancro de pulmão é o mais comum de todos os tumores malignos, apresentando aumento mundial de 2% por ano, sendo que a estimativa proposta pela OMS é de que até 2035 possa chegar a 24 milhões de novos casos (INCA, 2015 & OMS, 2015).

Em Cabo Verde a incidência das doenças crónicas acompanha a tendência mundial, caracterizada pelo aumento da esperança média de vida e consequentemente o

envelhecimento populacional. Esta incidência das doenças crónicas não transmissíveis também é influenciada pela adoção de estilos de vida não-saudáveis, pela urbanização desgovernada e pelos novos padrões de consumo (Semedo, 2010).

Segundo o Instituto Nacional de Estatísticas (INE) (2007) as doenças oncológicas foram a segunda principal causa de morte no país com uma taxa de 55,5%, atingindo mais o sexo masculino (62,55%) do que o sexo feminino (48,9%). Esta doença é caracterizada por uma grande sobrecarga emocional e social, representando um elevado valor simbólico. Já em 2009, a mesma fonte aponta que o número de óbito por neoplasia foi de 283 aumentando a taxa para 55,6%, o sexo masculino continua a ser o mais atingido com um aumento significativo (64,9%) e sexo feminino a taxa diminuiu (46,9%). Os tipos de neoplasias que mais afetam a população Cabo-verdiana são os tumores do estômago (14,1%), dos brônquios/pulmões (10,6%) e os tumores maligno da próstata (10,2%), (Ministério da Saúde de Cabo Verde, 2010 & Semedo, 2010).

Este tema pretende ser um contributo para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem no país, por apresentar novas abordagens de estudo e novos paradigmas do cuidado de enfermagem nas doenças oncológicas.

Do mesmo modo pode ser um instrumento de investigação que irá permitir ao enfermeiro reconsiderar o modelo de diagnóstico precoce aos utentes, que devem ser vistos na sua totalidade.

Tendo em conta a temática em estudo, na tentativa de obtenção das informações sobre o mesmo não foi possível adquirir dados mais atualizados sobre o cancro de pulmão em Cabo Verde, o que mostra-nos a necessidade de criar uma base de dados no sentido de termos estes dados compilados para o uso académico e não só. Relativamente aos dados de São Vicente, vê-se no quadro a seguir que:

Quadro 1- Número de utentes com cancro de pulmão inscritos no serviço de Medicina do HBS nos anos de 2015 à 2019.

Ano	Quantidade de caos	Género		Idade
		Feminino	Masculino	
2015	8	2	6	44-85 Anos
2016	6	0	6	54-83 Anos
2017	5	1	4	50-84 Anos
2018	16	8	8	53-87 Anos
2019	14	6	8	44-92 Anos
Total	49	17	32	

Fonte: Segundo os dados estatísticos do HBS.

Segundo as informações recolhidas com os enfermeiros do Serviço de medicina do HBS, pode-se apurar ainda que, infelizmente os utentes quando chegam no Serviço de medicina, já vêm numa fase muito avançada da patologia, necessitando sobretudo de cuidados paliativos. Embora não se pode falar de cuidados paliativos, sendo que estes objetivam sobretudo aliviar a dor, prestar apoio psicológico e ainda preparação para uma morte digna, pelo que, a assistência de enfermagem é organizada em: follow-up da família / utentes em todas as fases, visita domiciliária, pequenos atendimentos, demanda espontânea, preparação da morte digna humanizada).

De acordo com os dados estatísticos adquiridos no serviço de Medicina do HBS sobre utentes com cancro de pulmão, vê-se que no ano 2018 foi o ano em que teve mais demanda de internamentos de utentes com a patologia em estudo, tendo ambos os géneros o mesmo número de utentes, estando estes na faixa etária dos 53-87 Anos. Relativamente ao total de 49 casos de internamentos, a maioria é do género masculino, totalizando 32 do género masculino e os restantes 17 do género feminino.

Considera que embora a enfermagem oncológica seja uma área da saúde que possibilita conhecer as características específicas dessa enfermidade, suas práticas clínicas, terapias, cuidados paliativos entre outros, ainda são pouco explorados pelos próprios profissionais. Face a esta problemática entende-se ser pertinente desenvolver este estudo.

No contexto do cancro do pulmão, o enfermeiro atua em ações de prevenção e controle da patologia. Tem como competência prestar assistência aos utentes com cancro na avaliação diagnóstica, tratamento, reabilitação e atendimento aos familiares. Além disso, ele desenvolve ações educativas e ações integradas com outros profissionais, apoia medidas legislativas e identifica fatores de risco ocupacional, na prática da assistência ao utente oncológico e sua família (Silveira & Zago, 2006).

Na ótica de Silva (2011), é preciso compreender que as necessidades dos utentes são experiências subjetivas, que podem se expressar de modos diferentes, de acordo com os contextos e as culturas vividas por eles. A responsabilidade do Profissional se estende a tentativa de ouvir o utente e ver além de sua palavra. Ou seja, precisa compreender como o cancro e o próprio tratamento, podem provocar alterações nesse utente e que trazem repercussões muito próprias, individuais, mas igualmente significativas e complexas.

Segundo Silva (2011) a atuação em oncologia frente da equipe de enfermagem mais que conhecimentos teóricos e práticas, exige o desenvolvimento de habilidades que possam notar a sua atuação profissional, considerando as dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais dos utentes sob suas responsabilidades, como uma doença crônica, com demandas contínuas e imprevisíveis.

Na conceção de Almeida (2014), quem cuida precisa ter empatia para com o ser que está sendo cuidado, ou seja, projeta-se para situação existencial deste no instante vivido, pois o cuidado só ocorre quando há manifestações desolitude, nas ações de enfermagem, de um lado existe a pessoa que se encontra doente e de outro o profissional que realiza o cuidado, ambos trazendo em sua essência de cuidar.

Para Lima (2014), o cuidado adequado às necessidades do utente exige do profissional, a capacidade de perceber e identificar as necessidades do outro, sendo estes atributos advindos da experiência e prática constante no exercício da enfermagem, portanto, a assistência prestada pelo profissional de enfermagem visa acolher às necessidades do utente, manifestadas ou não, pois cuidar envolve atender as carências do outro, percebidas pelo profissional de enfermagem, além daquelas referidas pelo utente no momento da ação do cuidado.

O presente estudo tem como objetivo, dar resposta à esta problemática, assim sendo foram elaboradas alguns objetivos que serão descritos no trabalho.

Objetivo Geral

O objetivo geral preconiza a elaboração deste trabalho e centra-se em; descrever a assistência de enfermagem aos utentes com cancro de pulmão atendidos no serviço de medicina do Hospital Dr. Baptista.

Os **objetivos específicos** centram-se em:

- Conhecer a perceção dos enfermeiros do serviço de medicina do Hospital Dr. Baptista sobre o tratamento cancro de pulmão;
- Descrever as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no serviço de medicina do Hospital Dr. Baptista no atendimento dos utentes com cancro de pulmão;
- Identificar a perceção dos enfermeiros sobre a importância dos cuidados de enfermagem aos utentes com cancro de pulmão atendidos no serviço de medicina do Hospital Dr. Baptista;

CAPÍTULO I - ESTADO DA ARTE

1. ESTADO DA ARTE

Neste capítulo encontra-se expostos conceitos relacionados com a questão em investigação como: conceito de cancro, conceito de cancro de pulmão, fatores de riscos do cancro de pulmão, classificação, sinais e sintomas, diagnósticos do cancro de pulmão, estadiamento, prevenção, tratamento, cuidados paliativos, assistência de enfermagem, competências esperada nos enfermeiros oncológicos, humanização dos cuidados na assistência ao utente oncológico, diagnósticos de enfermagem e teoria de enfermagem.

1.1 . Conceito de Cancro

O cancro é uma doença que tem desafiado a ciência em todo o mundo ao longo dos anos, na luta da sua prevenção e cura. Esta chama a atenção de todas as inteligências no campo da medicina, por ser uma questão palpitante do momento atual.

Na perspetiva de Smeltzer (2002), o cancro é um processo patológico que começa quando uma célula anormal é transformada pela mutação genética do Ácido Desoxirribonucleico (DNA) celular. Essa célula anormal forma um clone e começa a proliferar-se de maneira anormal, ignorando as sinalizações de regulação no crescimento do ambiente circunvizinho à célula. As células adquirem características invasivas, infiltrando-se nos tecidos, provocando alterações. Acedem os vasos sanguíneos e linfáticos, onde se transportam para outras partes do corpo, processo esse chamado de metástase.

Seguindo a ideia de Smeltzer (2002), Brunner e Suddarth (2002) as células infiltram-se nesses tecidos e acessão os vasos sanguíneos e linfáticos, os quais as transportam até outras regiões do corpo, o que é chamado de metástase, ou seja, um processo de disseminação do cancro para outras partes do corpo.

No ver de Lorencetti e Simonetti (2005) o cancro é uma doença que traz muitas alterações para a pessoa que passa por essa experiência, tanto alterações físicas como psicológicas, causando transtornos para a vida desses utentes.

O termo cancro vem do grego karkinos, que significa caranguejo, devido às veias intumescidas que circundam o tumor terem a aparência das patas de um caranguejo, sendo o termo usado pela primeira vez por Hipócrates para indicar um crescimento rápido e anormal de tecido. A doença é conhecida desde longa data, os egípcios, persas e indianos,

séculos antes de cristo, já se referiam a tumores malignos, mas foram os estudos da escola hipocrática que melhor definiram o cancro, caracterizando como um tumor duro que, muitas vezes, reaparecia depois de retirado, ou que se alastrava para diversas partes do corpo, levando a morte. Então denominado carcinoma, o cancro era visto pelos hipocráticos como um desequilíbrio dos fluidos do organismo (Teixeira & Fonseca, 2007).

De acordo com INCA (2012) o cancro é uma alteração em que as células começam a se proliferar descontroladamente formando os tumores que invadem áreas adjacentes, na corrente sanguíneas e órgãos. Estímulos como cigarro, infecções virais, radiação excessiva, produtos químicos e drogas podem levar ao acúmulo de alterações genéticas causando a doença. A predisposição genética familiar pode causar mudanças nos genes que têm a função de corrigir as alterações do material genético. Sendo assim o sistema de correção falhando gera um acúmulo de alterações que faz surgir o cancro.

Existem vários tipos do cancro e são classificados de acordo com a localização primária do tumor. Este pode surgir em qualquer parte do corpo afetando os órgãos que podem ser acometidos por tipos diferenciados de tumor. Dentre esses vários tipos de cancro, no presente trabalho pertinente abordar sobre o cancro de pulmão sendo o tema em estudo, pelo que a seguir passa a explicar o conceito.

1.2. Cancro de pulmão

O cancro de pulmão é uma das neoplasias com menor taxa de cura, devido às dificuldades de seu diagnóstico precoce. Segundo Uehara (2000) a taxa geral de cura é de 10% e isto se deve ao fato da evolução da doença ser lenta e assintomática, podendo considerar então, um diagnóstico tardio (Micatcho & Micatcha, 2001).

No momento do diagnóstico, somente 15 a 20% dos pacientes com carcinoma brônquico têm doença localizada: em aproximadamente 25% dos casos a neoplasia se encontra também nos linfonodos regionais, e em 55% ou mais das vezes o tumor já se apresenta com metástases a distância. Mesmo quando a doença se encontra localizada, a taxa média de sobrevida dos pacientes em 5 anos fica em torno de 50%, podendo subir para 70% em casos muito especiais de pequenas lesões. Havendo extensão regional, a sobrevida de 5 anos cai para menos de 20% (Moreira, 2001).

1.3. Fatores de riscos do cancro de pulmão

Apesar das causas do cancro do pulmão serem quase exclusivamente ambientais, é provável que exista uma variação individual substancial na suscetibilidades aos carcinogêneos respiratórios. O risco de neoplasia pode ser conceptualizado como reflexo das consequências conjuntas e da inter-relação entre a exposição aos agentes etiológicos ou protetores e a suscetibilidade individual a esses agentes (Alberg & Samet, 2003).

Alguns estudos realizados com esta população identificaram uma incidência alta de consumo de tabaco, porém não há comprovações exatas de alguma outra relação da ocorrência alta de cancro de pulmão nesses utentes (Engel, 2006).

O tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas são indicados como as principais causas de desenvolvimento do cancro de pulmão, e o desenvolvimento se torna maior quando estes dois fatores são ingeridos concomitantemente, International Agency for Research on Cancer (IARC, 2009). O uso do tabaco é o fator de risco mais importante, sendo o causador de aproximadamente 20% das mortes mundiais de todos os tipos cancro e cerca de 70% das mortes mundiais por cancro de pulmão.

Segundo Souza (2014), mesmo os casos de cancro sendo atribuídos ao uso do tabaco, a neoplasia também há crescimento entre os que nunca fumaram e representa 3% a 5% de todos os casos de cancro pulmonar (Oliveira & Saraiva, 2010).

Além do consumo do tabaco, deve ser destacado que há outros fatores relacionados ao desenvolvimento da carcinogénese como poluição atmosférica, cromo, exposição a radônio, sílica, asbesto, níquel, presença de doenças pulmonares de base e presença de alterações genéticas, assim como o (HIV) Vírus de Imunodeficiência Humana (OMS, 2015).

Tabagismo

O tabagismo é a principal causa de morte por cancro evitável nos EU (União Europeia). O consumo do tabaco é responsável por 21% das mortes por cancro em todo o mundo, sendo o fator etiológico mais incriminatório, responsável por cerca de 80% dos casos do pulmão, (ACS, 2011).

Na perspectiva Teixeira (2002), relativamente a este fator de risco, é imprescindível realçar as diferenças entre sexos, particularidades relacionadas com a mulher e o cancro

do pulmão no que refere à epidemiologia, fatores de risco, clínica, radiologia e tratamento, foram debatidas em reunião da Comissão de Pneumologia Oncológica, com esta divulgação, as mulheres começam a fumar em idades muito precoces e têm mais dificuldades na desabitação tabágica por problemas relacionados com o controlo do peso. O sexo feminino tem maior suscetibilidade aos carcinogéneos, tendo um risco de cancro de pulmão 1,5 vezes superior ao homem com os mesmos hábitos tabágicos. Assim, para muitos investigadores o sexo feminino é um fator de pior prognóstico adicional.

Para Alberg e Samet (2003), o risco de cancro do pulmão entre fumadores aumenta proporcionalmente à duração dos hábitos tabágicos e ao número de cigarros fumados por dia, sendo esta evidência repetidamente comprovada em estudos de coorte e caso-controlo, no entanto as dimensões quantitativas da relação dose-resposta entre tabagismo e cancro do pulmão têm implicações importantes no que respeita à incidência de hábitos tabágicos na população mais jovem. Este grupo populacional, que inicia hábitos tabágicos precocemente, têm uma maior propensão a desenvolverem hábitos tabágicos mais marcados e a permanecerem fumadores. Assim, aqueles que começam a fumar mais cedo, têm maior predisposição para doenças do foro pulmonar, nomeadamente cancro do pulmão, com aparecimento das mesmas numa faixa etária inferior.

Já Pereira (2001), salienta ainda que o tabagismo passivo é um fator de risco com importância crescente. Os fumadores passivos (ou tabagismo passivo), isto é, os indivíduos não fumadores expostos ao fumo do tabaco, apresentam um aumento de risco de incidência do carcinoma do pulmão. Não se deve, no entanto, pensar simplisticamente que o fumo do tabaco (“selfpollution”), é o único agente envolvido no desencadeamento da doença. Embora esteja largamente documentada a relação entre tabagismo e o cancro do pulmão, apenas uma pequena percentagem dos fumadores é que desenvolve cancro, o que sugere que vários fatores estão na génese da doença.

Exposição Ocupacional

Na ótica de Alberg e Samet (2003), afirmam que entre os carcinomas associados a exposição ocupacional, o cancro do pulmão apresenta-se como dos mais comuns. Os resultados obtidos de estudos caso-controlo que relacionam cancro do pulmão com exposição ambiental a determinados agentes, por vias independentes ou de etiologias

comuns, concluíram um risco global que pode variar entre 9 a 15%, enquanto as estimativas específicas constituem um ponto de discórdia, a mensagem seguinte é clara: nas nações industrializadas o contributo da exposição ocupacional no cancro do pulmão é considerada de pequena escala quando comparada com os hábitos tabágicos, mas de larga escala comparativamente a outros fatores de risco, é de salientar ainda que o fumo do cigarro potencia os efeitos de muitos carcinogéneos ocupacionais conhecidos.

Para Filho (2006), a exposição ocupacional às fibras de asbestos é amplamente reconhecida com um indutor da carcinogénese pulmonar, muito embora permaneça ainda por definir se atua de uma forma direta ou indireta, através de um estágio inflamatório crónico, à semelhança da sílica. Este tipo de exposição, está implicada não só no desenvolvimento de carcinoma pulmonar, como também de mesotelioma ou pneumoconiose (asbestose), deste modo os fatores associados como o tabagismo e exposição a hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, os indivíduos com hábitos tabágicos e exposição a fibras de asbestos, apresentam risco relativo de desenvolvimento de neoplasia de pulmão entre 50 a 100 vezes superior a indivíduos não fumadores e não expostos.

Acrescenta Last e Wallace (2007), ainda que, depois do fumo do tabaco, a exposição ocupacional a agentes cancerígenos seja o maior responsável pelo cancro do pulmão. Existem algumas profissões e situações que oferecem maior risco de desenvolvimento deste tumor. São sobretudo pessoas que trabalham com determinadas substâncias químicas, tais como o arsénio, os asbestos, o crómio, o níquel, o radão e os hidrocarbonetos aromáticos policíclicos. Estes fatores em sinergia com o consumo do tabaco parecem aumentar o risco de desenvolvimento do tumor.

Poluição atmosférica

A associação entre poluição atmosférica e cancro do pulmão tem vindo a ser estudada desde os últimos 10 anos, isto é esta revisão analisou um número substancial de variáveis, tais como o binómio meio rural/meio urbano, porém o mesmo revelou uma associação entre poluição atmosférica e cancro do pulmão, no entanto, tal como outros nesta área, demonstrou-se limitado pela falha de dados objetivos relativos à exposição dos indivíduos estudados e pela presença de fatores de enviesamento, tais como o hábito tabágico na população em estudo (Lewtas, 2007).

Na mesma linha do pensamento Lewtas (2007), acrescenta ainda que estudos epidemiológicos prospetivos de coorte, que analisaram a exposição crónica às partículas de poluição suspensas no ar atmosférico, proporcionam dados mais consistentes na associação entre exposição a poluentes atmosféricos a longo prazo e cancro do pulmão, contudo avaliaram o impacto de inalação de partículas mais pequenas presentes na poluição atmosférica, e demonstraram aumento do risco relativo anual de mortalidade por neoplasia pulmonar em cerca de 13%, constituindo ainda um importante fator de risco para doenças cardiovasculares.

Nesta logica Last e Wallace (2007), afirmam que resultados de estudos de coorte mais recentemente realizados na Europa e nos EU comprovaram que a poluição atmosférica constitui um fator de risco para o cancro do pulmão. O relatório divulgou que 5% dos casos de cancro do pulmão eram atribuídos à poluição atmosférica urbana.

Fatores genéticos e história familiar

A suscetibilidade genética associada ao cancro do pulmão tem sido postulada desde muito cedo, agentes ambientais, incluindo o tabagismo passivo, estão implicados como causa direta de cancro do pulmão numa minoria de indivíduos, o que reforça a hipótese de que existe uma suscetibilidade genética pré-determinada, sendo assim esta hipótese de longa data tem sido recente e ativamente explorada através de uma abordagem epidemiológica molecular, dessa forma vários estudos epidemiológicos demonstram que a presença de história familiar positiva de carcinoma pulmonar prediz um risco aumentado de cancro do pulmão, tendo em conta a suscetibilidade genética incipiente. A agregação familiar relacionada com cancro do pulmão demonstrou-se primariamente em estudos de caso-controlo. Nestes, a história familiar positiva, demonstrou estar associada com risco aumentado de cancro do pulmão (Alberg & Samet, 2003).

No ver de Gazdar e Thun (2007), as principais diferenças em termos de género, características clinico patológicas, terapêuticas e moleculares referentes aos adenocarcinomas em fumadores e não fumadores sugerem que o cancro nestes dois grupos apresenta vias de origem muito diferentes. É sugerido que os carcinogéneos presentes no tabaco ativam ou provocam mutações no gene KRAS (Kirsten Rat Sarcoma), enquanto na ausência dessa ativação (em não fumadores) é ativada outra via relacionada com a família de genes EGFR (Proteína do receptor do fator de crescimento epidérmico

humano) ou (human epidermal growth factor receptor protein) ou outros genes relacionados, por fatores ainda desconhecidos, no entanto, tendo em conta que nem todos os cânceros têm como origem uma ativação do KRAS ou das vias de sinalização do EGFR, outras vias alternativas devem estar presentes quer em fumadores quer em não fumadores. Existe claramente uma falha na compreensão dos fatores responsáveis por cancro do pulmão em não fumadores, o que constitui atualmente objeto de investigação prioritária.

Para Last e Wallace (2007), o desenvolvimento do cancro dá-se devido a alterações ou mutações ao nível da informação genética das células, que interfere com a função normal das mesmas. Algumas dessas mutações podem estar presentes nas células reprodutivas e serem transmitidas aos descendentes, aumentando o risco destes virem a desenvolver determinado tipo de cancro enquanto outros estudos revelaram a existência de excesso de casos (clusters) para vários tipos de cancro encontrados em indivíduos da mesma família, estes clusters estão por vezes associados à suscetibilidade hereditária, contudo os fatores ambientais podem também estar na origem dessa ocorrência.

1.4. Classificação do cancro de pulmão

O termo “cancro do pulmão” é usado para definir os tumores com origem no epitélio respiratório: brônquios, bronquíolos e alvéolos. Mesoteliomas, linfomas e tumores do estroma (sarcomas) são entidades distintas do cancro do pulmão com origem nas células epiteliais.

Segundo Zamboni (2001), os tumores malignos do pulmão pertencem a um desses grandes grupos: carcinoma escamoso, adenocarcinoma, carcinoma indiferenciado de grandes células e carcinoma indiferenciado de pequenas células. Onde, do ponto de vista do estadiamento e do tratamento, estes são divididos em dois grupos: o grupo do carcinoma de pulmão de não-pequenas células: que inclui o escamoso, indiferenciado de grandes células e adenocarcinoma; e o grupo do carcinoma de pulmão de pequenas células, que constitui o indiferenciado de pequenas células. Muitos tumores exibem combinações de padrões morfológicos.

Na mesma linha do pensamento Zamboni (2001), acredita-se que recentemente o aumento da incidência do adenocarcinoma deva-se a alterações na composição do cigarro – menores teores de alcatrão e nicotina – e também a uma maior prevalência dos cigarros com filtros. Isso faz com que o fumante aumente a força da tragada para conseguir

maiores níveis de alcatrão e nicotina. Desse modo a fumaça alcança as porções mais periféricas dos pulmões, contribuindo para um aumento da incidência deste tipo histológico.

“Atualmente, sabe-se que tanto o carcinoma escamoso quanto o indiferenciado de pequenas células e o adenocarcinoma estão relacionados ao tabaco” (Zamboni, 2002, p. 23).

Carcinoma Escamoso

Origina-se no brônquio central, tem crescimento endobrônquico e apresenta sinais clínicos locais precocemente, como a tosse e a hemoptise, havendo maior probabilidade de ser diagnosticado nas suas formas iniciais. Podem desenvolver cavitações e disseminase para linfonodos regionais (Zamboni, 2001).

Este é o tipo que têm-se mostrado de ocorrência mais frequente entre os carcinomas brônquicos, perfazendo em diversas séries 40 a 50% de todos os casos (Moreira, 2001). Caracteriza-se por massas, trabéculas e/ou pequenos aglomerados de células poligonais ou escamosas, com ou sem estratificação, e com citoplasma geralmente abundante e eosinófilo. Critérios de inclusão neste grupo são a presença de pérolas córneas, células queratinizadas isoladas, ou ainda de ponte intercelulares (Moreira, 2001).

Adenocarcinoma

Tumores que apresentam focalmente, ou difusamente, estrutura acinar e/ou papilar, com ou sem a presença de muco intra e extracelular. São tumores sólidos, sem estrutura glandular, mas que contêm muco intracelular (Moreira, 2001).

“Até alguns anos, representava 20% dos carcinomas brônquicos, atualmente responde por percentagens maiores” (Moreira, 2001, p. 24).

“Têm em geral localização periférica e os sintomas locais são ausentes ou de aparecimento tardio e as metástases a distância são mais comuns” (Zamboni, 2001, p. 24).

Do ponto de vista de Colins (2007), o adenocarcinoma apresenta-se geralmente como massa periférica, histologicamente heterogênea, com metastização precoce, e ocorre mais frequentemente em indivíduos com doença pulmonar não maligna subjacente. O carcinoma de células escamosas apresenta-se frequentemente como massa

endobrônquica de localização central, cujo quadro de apresentação geralmente se caracteriza por hemoptises, pneumonia pós-obstrutiva ou colapso lobar. Contrariamente ao adenocarcinoma, o carcinoma de células escamosas geralmente metastiza num curso mais avançado da doença.

Carcinoma de pequenas células

As células de Cancro De Pulmão De Pequenas Células (CPPC) caracterizam-se por apresentar células com citoplasma escasso, núcleos ausentes ou pequenos e hipercromáticos com cromatina de padrão fino e nucléolos indistintos com bainhas de células difusas; o CPPC raramente acomete não fumantes (Roskoski, 2017).

“Tem crescimento central, e é comum a estenose dos brônquios por compressão extrínseca secundária ao tumor ou a volumosa linfadenomegalia. As metástases a distância são comuns” (Zamboni, 2001, p. 25).

Seu desenvolvimento é rápido e crescente metastatização, resultando em uma grande agressividade. O tempo para o início da resposta desde o começo do tratamento é mais rápido do que no tumor não-pequenas células. Os objetivos do tratamento são o alívio dos sintomas, manutenção de uma qualidade de vida aceitável e o aumento da sobrevida. O carcinoma de pequenas células é particularmente sensível ‘a quimioterapia e radioterapia (Vinholes, 2001).

O cancro de pulmão de pequenas células (CPPC), geralmente, se origina nas vias aéreas centrais, inicialmente infiltrando a submucosa e gradualmente obstruindo a luz brônquica (Hoff, 2013).

Este tipo de cancro desenvolve-se a partir de células epiteliais, situadas nos brônquios principais próximos ao hilo dos pulmões, por isso o CPPC tende a comprometer o mediastino logo no início (Tortora & Nielsen, 2013).

1.5. Sinais e Sintomas do cancro de pulmão

São geralmente assintomáticos ou com derrame pleural, o adenocarcinoma e o indiferenciado de grandes células, que se originam no tecido pulmonar (bronquíolo) subpleural (Micatcho & Micatcha, 2000).

De maneira geral os sintomas podem ser: tosse, dor torácica, pneumonia de repetição, derrame pleural neoplásico, linfite carcinomatosa, síndrome de compressão da veia cava superior e as mais diversas síndromes paraneoplásicas (ósteo-articulares, neuromusculares, endócrinas, dermatológicas). Além destes, pode haver sintomas relacionados às metástases, sendo cerebral, óssea, hepática e suprarrenal, mais frequentes (Micatcho & Micatcha, 2001).

Na mesma linha de pensamento Micatcho & Micatcha, (2001) acrescentam que estes tumores centrais apresentam sintomas respiratórios precocemente e são geralmente o espinocelular e indiferenciado de pequenas células, originam-se nos brônquios principais e lobares.

Para Moreira (2001), a apresentação do cancro periférico sob a forma de nódulo solitário, ou isolado, se reveste de especial interesse, pois é nesse tipo de apresentação que se observam os melhores resultados do tratamento cirúrgico, com as mais altas percentagens de cura, superiores a 60%.

Quando o carcinoma é de localização central tem-se a presença de tosse, sibilos, roncos, dor torácica, escarros hemópticos, dispneia, pneumonite (INCA, 2002). Ainda, podem apresentar com frequência pneumonias de repetição no mesmo local.

Quando o carcinoma brônquico é periférico, podem ter sua origem em vias aéreas de pequeno calibre, quando invadem a pleura podem causar dor, tosse, diminuição da expansibilidade e dispneia restritiva (INCA, 2002).

Mas, Scheneider (2002), relatou que um TU (tumor) de localização periférica apresenta dor torácica, tosse e dispneia, e pode sofrer cavitação, se apresentando como um abscesso pulmonar.

1.6. Diagnóstico do cancro de pulmão

O diagnóstico definitivo é estabelecido pelo exame citológico ou histopatológico do material tumoral obtido por mediastinoscopia, broncoscopia, biópsia pleural ou biópsia pleuropulmonar a céu aberto ou vídeo-assistida. Eventualmente, o diagnóstico será feito após estudos anatomopatológico de peça cirúrgica – segmento, lobo pulmonar ou pulmão (Brasil, 2014).

“Tem valor não só no diagnóstico do tumor, mas também no estadiamento e na definição da decisão terapêutica” (Zamboni, 2001 p. 26).

Pode ser realizado de várias formas e técnicas, como o Rx de tórax (PA e perfil) é fundamental e o mais usado, mas sua baixa resolução de imagens dificulta a avaliação de mínimas anormalidades, como doenças que cursam com infiltrados intersticiais, onde até cerca de 10% não se evidenciam com Rx convencional, e também a superposição de imagens pode dificultar a técnica, levando a erros no diagnóstico (Domenicis, 2002).

“A Tomografia de tórax é usada principalmente para verificar o envolvimento de linfonodos hilares e mediastinais” (Schneider, 2002, p. 26).

A Broncoscopia geralmente realizado junto com a biópsia brônquica, lavado, escovado e aspiração transbronquial para o diagnóstico de neoplasia pulmonar, sendo aproximadamente para associação com lavado e escovado pulmonares 75% de certeza e para biópsia 85% de certeza a biópsia percutânea é usada nos casos em que o tumor não é visível na broncoscopia (Schneider, 2002).

Na mesma linha do pensamento Schneider (2002), realça ainda que a Mediastinoscopia tem sua aplicação mais comum na avaliação de nódulos pulmonares indeterminados e também para verificar o envolvimento de linfonodos para-aórticos, sub-aórticos, traqueobronquiais, carenais, para-esofágicos e hilares, e confirmar invasão pleural ou disseminação pleural.

Refere-se Lorenzoni, (2001) que a fibrobronscopia pode ser considerada um dos exames que apresenta melhor potencial de diagnóstico de carcinoma brônquico, com sensibilidade de 83,1% em estudos realizados, é um procedimento seguro, que possibilita a visualização da doença e a colheita de material para citologia e histologia (lavado, escovado brônquico, biópsias e transbrônquicas), tanto para confirmar diagnóstico ou para seu estadiamento

Na perspectiva de Fernandez (2002), A broncofibroscopia é o principal exame para o diagnóstico do cancro de pulmão e seu estadiamento, pois é um exame seguro, fácil e melhor tolerado pelo utente. Porém, existem contraindicações, uma vez que pode provocar sangramento, instabilidade cardiovascular, hipoxemia e hipercapnia.

1.7. Estadiamento do cancro de pulmão

O estadiamento oncológico é a aplicação de um conjunto de processos diagnósticos e de conhecimento sobre o comportamento, grau de evolução de uma neoplasia e experiência prévia acumulada sobre seu manejo, objetivando indicar a modalidade atual de tratamento que seja a mais adequada para determinado paciente como um todo, devendo-se também levar em conta seus sintomas, estados clínicos funcionais e eventuais morbididades presentes (Moreira, 2001).

Na perspectiva de Scheneider (2002) o estadiamento é realizado através do sistema tumor primário, linfonodos regionais e metástase (TNM), onde T representa o tumor primário e numera seu crescimento e envolvimento de estruturas adjacentes; o N representa os linfonodos regionais e seus graus de envolvimento e o M representa a ausência ou a presença de metástases à distância. “Uma vez conhecido o TNM, o tumor é classificado em estágios “IARC, 2015.

Quadro 2: Classificação do tumor primário, linfonodos regionais e metástases (TNM).

Estagio	Tumor (T)	Linfonodos (N)	Metástases (M)
Carcinoma oculto	TX	N0	M0
Estagio 0	Tis	N0	M0
Estágio IA	T1	N0	M0
Estágio IB	T2	N0	M0
Estágio IIA	T1	N1	M0
Estágio IIB	T1-T2 T3	N2 N1-N2	M0
Estágio IIIA	T1-T4	N0-N3	M0
Estágio IIIB	Qualquer T T4	N3 Qualquer N	M0
Estágio IV	Qualquer T	Qualquer N	M1

Fonte: IARC, 2015.

T - Tumor Primário

TX – Tumor primário não individualizado;

T0 – Sem evidência de tumor;

Tis – Carcinoma in situ;

T1 – Tumor ≤ 3 cm no maior diâmetro, circundado por pulmão e pleura visceral;

T1a – tumor ≤ 2 cm;

T1b – tumor > 2 cm mas ≤ 3 cm;

T2 – Tumor > 2 cm mas ≤ 7 cm ou qualquer destes achados: envolvimento do brônquio principal a mais de 2 cm da carina principal, invasão da pleura visceral, associação com atelectasia ou pneumonia obstrutiva sem envolvimento de todo o pulmão;

T2a – tumor > 3 cm mas ≤ 5 cm;

T2b – tumor > 5 cm mas ≤ 7 cm;

T3 – Tumor > 7 cm ou que invade qualquer uma das seguintes estruturas: parede torácica, diafragma, nervo frênico, pleural mediastinal, pericárdio; ou tumor com menos de 2 cm da carina principal, mas sem envolvimento desta; ou se houver atelectasia ou pneumonite obstrutiva de todo pulmão; ou nódulo (s) tumoral (ais) no mesmo lobo do tumor primário;

T4 – Tumor de qualquer tamanho que invade qualquer uma das seguintes estruturas: mediastino, coração, grandes vasos, nervo laríngeo recorrente, traqueia, esôfago, corpo vertebral, carina principal; nódulo (s) tumoral (ais) isolado em outro lobo ipsilateral.

N – Linfonodos

N0 – Sem metástase em linfonodo regional;

N1 – Metástase em linfonodo peribrônquico ipsilateral e/ou hilar ipsilateral e intrapulmonares, incluindo envolvimento por extensão direta;

N2 – Metástase em linfonodo mediastinal ipsilateral e/ou subcarinal;

N3 – Metástase em linfonodo mediastinal contralateral; hilar contralateral; escalênico ipsilateral ou contralateral; ou supraclavicular.

M – Metástases

M0 – Sem evidência de metástase à distância

M1 – Metástase à distância:

M1a – Nódulo (s) tumoral (ais) em lobo contralateral; tumor com nódulo pleural ou derrame pleural ou pericárdico maligno.

M1b – Metástase à distância (fora do tórax).

Metástases

Metástase é a presença de células ou massas tumorais em tecidos que não apresentam continuidade com o tumor primário. É a principal característica das neoplasias malignas e a disseminação das células tumorais ocorre através dos vasos sanguíneos, linfáticos ou cavidades corporais. Além disso é a implementação de um foco tumoral a distância do tumor original, decorrente da disseminação do cancro para outros órgãos. O aparecimento de metástases ocorre quando as células cancerígenas se desprendem do tumor primário e entram na corrente sanguínea ou no sistema linfático, podendo circular pelo organismo e se estabelecer em outro órgão (Gerber & Vargo, 2002).

A disseminação hematogénica do cancro de pulmão faz-se mais frequente para o Sistema Nervoso Central (SNC), para os ossos, para o fígado e para as adrenais (Zamboni, 2001).

Para Moreira (2001), as metástases hemáticas do cancro de pulmão ocorrem preferencialmente para os ossos, fígado e cérebro, sendo também comum o comprometimento das glândulas supra-renais. Os êmbolos metastáticos originam-se, em trombos de veias pulmonares invadidos pelo tumor primário, e são constituídos por várias células neoplásicas, um verdadeiro fragmento de tumor.

Assim sendo, Moreira (2001) realça que, as manifestações mais comuns das metástases cerebrais são a perda motora, alteração de conduta, cefaleia e convulsões, que podem ser facilmente detetáveis se pesquisadas com atenção. O comprometimento metastático das supra-renais, como regra unilateral, é usualmente assintomático.

Acrescenta Gerber e Vargo (2002), que o osso é o terceiro local mais comum para metástases e as vértebras, pelve, fêmur, costelas e crânio são os mais frequentes envolvidos.

Comprometimento dos linfonodos

“O tumor (TU) pode se propagar por via linfática (linfonodos lobares, hilares e pericárdio, diafragma, pleura e ápice de tórax)” (Micatcho & Micatcha, 2000, p. 30).

Na maioria das vezes, o aumento dos linfonodos hilares ou mediastinais nos pacientes com cancro de pulmão se faz por disseminação linfática. Os linfonodos mais comumente vistos e palpados são os supraclaviculares, são acometidos em 15-20% dos pacientes, em algum momento do curso da doença. A definição do comprometimento neoplásico destes linfonodos é fundamental no estadiamento e na orientação terapêutica dos utentes (Zamboni, 2001).

1.8 Prevenção do cancro de pulmão

A prevenção do cancro do pulmão tem uma importância fundamental em todos os seus níveis. Até o momento, a prevenção do cancro engloba três planos de ação direcionados a diferentes etapas da carcinogénese: a prevenção primária, secundária e terciária. Determina-se prevenção primária o conjunto de ações que visa evitar o aparecimento da doença na população, através da eliminação de suas causas.

A prevenção secundária inclui medidas para a detecção precoce em pacientes ainda assintomáticos, com o intuito de impedir a progressão da doença e reduzir sua morbidade e mortalidade. E a prevenção terciária, por sua vez, visa ao cuidado do utente com cancro, tendo como principais objetivos o tratamento, a reabilitação e a melhoria de sobrevida do utente (Hoff, 2013).

Na ótica de Gérvas e Fernández (2003), a existência de um quarto nível de prevenção, prevenção quaternária, que segundo os mesmos, visa evitar ou atenuar o excesso de intervencionismo médico, porém pretende-se capacitar ou fornecer-lhes a informação necessária e suficiente para poderem tomar decisões autónimas, sem falsas expectativas, conhecendo as vantagens e os inconvenientes dos métodos diagnósticos ou terapêuticos propostos.

Assim, a OMS (2002), define prevenção quaternária em oncologia enquadrar-se nos cuidados paliativos, cuja finalidade é a melhoria da qualidade de vida dos doentes, prevenindo e aliviando o sofrimento dos próprios e dos seus familiares.

À medida que a doença progride e a possibilidade de prolongar a vida se vai tornando menor, os cuidados de saúde devem reorientar-se no sentido de proporcionarem progressivamente mais conforto e qualidade de vida (Byock, 2000).

1.9. Tratamento para o cancro de pulmão

O tratamento visa em primeiro lugar a cura, e em segundo a obtenção da melhor qualidade de vida que seja possível oferecer ao utente vitimado pela doença. Antes de um procedimento cirúrgico, deve-se avaliar a função cardiopulmonar do utente, geralmente alterada pelo tabagismo, pois este é o fator mais significativo na etiologia da mortalidade e morbidade pré-operatória. A evolução pré-operatória é determinada por testes de função pulmonar e análise da gasometria arterial (Moreira, 2001).

Na mesma linha do pensamento Moreira (2001), afirma que a cirurgia de ressecção pulmonar (lobectomia ou pneumonectomia) é a modalidade terapêutica de escolha para utentes portadores de carcinoma de não pequenas células, alcançando índice médio de cura (sobrevida de 5 anos) em 30% dos casos, podendo atingir índices até superiores à 80% dos casos em lesões pequenas. Sendo que o risco cirúrgico começa a aumentar de modo significativo depois de 63 anos. Os diversos fatores concorrem para o baixo rendimento global do tratamento do cancro brônquico; entendimento insuficiente do comportamento biológico da neoplasia, dificuldade para se estabelecer um diagnóstico precoce, falta de maior abrangência e/ou especificidade dos próprios métodos terapêuticos, e idade avançada de muitos dos doentes frequentemente portadores de outras doenças (DPOC, cardiopatia, doença neurológica e outras).

Segundo Scheneider, (2002), o tratamento padrão inclui a pneumonectomia, bilobectomia, lobectomia, segmentectomia e ressecção em cunha.

Terapias adjuvantes no tratamento

Poucos utentes que apresentam cancro de pulmão são considerados potencialmente cirúrgicos. Embora a ressecção seja a melhor oportunidade de cura, uma terapia adjuvante efetiva beneficia muitos pacientes cuja ressecção completa não foi possível.

Segundo Moreira, (2001) os utentes portadores de carcinoma de não pequenas células têm como melhor escolha a terapêutica cirúrgica, enquanto aqueles com carcinoma de pequenas células são usualmente encaminhados para a quimioterapia com múltiplas drogas, associada à radioterapia.

Quimioterapia

O tratamento quimioterápico tem a finalidade de controlar o crescimento do tumor primário ou erradicação e controle de metástases. Porém, esses medicamentos não atuam somente nas células acometidas por neoplasia, agredem também células normais que possuem rápida proliferação por conta da alta atividade mitótica e ciclo celular curto. Tais reações adversas acometem mais comumente o trato gastrointestinal, sistema hematopoiético, sistema tegumentar e sistema urinário. Além das alterações psicológicas ocasionadas pela mudança no auto- imagem e sensação de mal-estar gerada pela quimioterapia faz com que estes se sintam incapaz de concluir o tratamento (Bonassa, 2000).

A quimioterapia, mesmo sendo a técnica mais moderna até o momento, não tem se mostrado capaz de curar o câncer de pulmão, entretanto, é de seu uso, especialmente com o surgimento de novas drogas mais potentes e seletivas, que se esperam maiores conquistas a médio prazo. Hoje, fármacos como a carboplatina e o plactaxel realmente são capazes de restringir, dentro de certos limites, a extensão ganglionar mediastinal e a progressão de lesões metastáticas extratorácicas do câncer brônquico. São usados ciclos mensais, seguidos pelo tratamento com a radioterapia (Moreira, 2001).

No ver de Vinholes (2001), a quimioterapia pré-operatória pode ser realizada sozinha ou juntamente com a radioterapia no intuito de aumentar as margens ressecáveis na cirurgia e permitir a ressecção cirúrgica em pacientes antes classificados como não ressecáveis.

Na mesma linha do pensamento Vinholes (2001), realça ainda que a radioterapia também pode ser usada de forma neoadjuvante, mas o dano ao tecido pulmonar pode dificultar a cirurgia, o que leva alguns autores a usarem apenas a quimioterapia neoadjuvante antes da cirurgia.

“Os agentes quimioterápicos geram diversos para efeitos, sendo mais frequentes: náuseas, vômitos, alopecia e depressão medular” (Moreira, 2001, p. 32).

Refere-se Scheneider (2002), que metástases à distância estão presentes no diagnóstico inicial de 60% dos casos de pacientes com neoplasia pulmonar. A entrada da quimioterapia como tratamento adjuvante aumentou dramaticamente a sobrevida destes pacientes.

Radioterapia

Para Moreira (2001), algumas contraindicações de radioterapia incluem efusão pleural maligna, metástase à distância, reserva pulmonar inadequada e infecção pulmonar ativa além de metástase extratorácica, presença de derrame pleural neoplásico, reserva funcional respiratória muito baixa, necessidades de irradiar grandes volumes pulmonares e tratamento radioterápico prévio com altas doses dirigidas ao tórax, as complicações mais comuns são a esofagite, broncopneumonia actínica e fibrose pulmonar.

Aproximadamente 30-40% dos pacientes têm indicação para radioterapia como principal modalidade de tratamento, logrando índice de cura no momento em que se têm sua doença diagnosticada entre 5 a 10% (Moreira, 2001).

“A radioterapia pode ser aplicada com fins curativos ou paliativos. O uso paliativo é indicado para controlar ou prevenir sintomas” (Gerber & Vargo, 2002, p. 33).

Acrescenta Schneider (2002), que a radioterapia curativa é limitada a pacientes cujo volume total do tumor pode ser tratado com uma dosagem adequada e toxicidade.

Portanto, a radioterapia é um tratamento paliativo, usado com o propósito de prevenir uma recidiva local do tumor, especialmente quando a dissecação de linfonodos não é completa (Scheneider,2002).

De acordo com Brasil (2015) a radioterapia é o método de tratamento local ou loco regional do cancro, que utiliza equipamentos e técnicas variadas para irradiar áreas do organismo humano, prévia e cuidadosamente demarcadas.

1.10. Cuidados paliativos

Desde sempre o homem assistiu aos fenómenos do nascimento e de morte e ao ciclo que ambos assinalam. Neste ciclo o fenómeno de doença é bastante frequente embora o padrão e o tipo das doenças se tenha vindo a modificar ao longo da história da humanidade desta forma a ocorrência da morte após um período de doença foi sendo

combatida com sucesso e o fenómeno da cura foi-se impondo no contexto da maioria das doenças agudas. Todos os progressos científicos sociais e humanos do século XX impuseram um aumento da longevidade mas o facto de passar a viver mais tempo não implicou, no entanto, que se passasse a morrer melhor já que com eles, emerge um outro fenómeno, o das doenças crónicas, não transmissíveis passando agora a morte a acontecer com frequência no final de uma doença crónica evolutiva (Neto, 2004).

De acordo com Abiven (2001), os cuidados paliativos (CP) são de facto a simples tradução da expressão inglesa “paliative care”, utilizada na Grã-Bretanha há uma vintena de anos. Na expressão cuidados paliativos podemos ler: diz-se de um tratamento ou de um remédio que visa diminuir ou suprimir os sintomas penosos de uma doença, sem agir na doença em si. Importa referir a distinção inglesas entre: care e cure: cuidar e tratar., pois na perspectiva dessa autora os cuidados paliativos terminais propõem tomar conta dos doentes para os quais o “cure” não é possível mas para os quais, em compensação, o care torna-se uma necessidade imperiosa.

Os CP constituem uma resposta organizada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar ativamente os doentes com prognóstico de vida limitado. São prestados por equipas e unidades específicas de Cuidados Paliativos, em internamento ou no domicílio, segundo níveis de diferenciação. Têm como componentes essenciais: o alívio dos sintomas; o apoio psicológico, espiritual e emocional; o apoio à família; o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade (Programa Nacional de Cuidados Paliativos de Portugal- PNCPP - 2005).

Em 2002 a OMS definiu o conceito:

“Cuidados Paliativos é a abordagem que promove qualidade de vida de doentes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento implacável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.

Pela definição da OMS (2002), para CP, todos os doentes portadores de doenças graves, progressivas e incuráveis, que ameaçam a continuidade da vida, deveriam receber a abordagem da CP desde o seu diagnóstico (Arantes & Maciel, 2009).

Sendo assim a OMS (2002), ainda conceitua que os CP é uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos doentes e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças que constituem risco de vida, através da prevenção e alívio do

sofrimento pela identificação precoce, avaliação e tratamento rigorosos da dor e outros sintomas, suporte psicossocial e espiritual onde por sua vez tem por objetivos:

- Proporcionam alívio da dor e outros sintomas;
- Assumem a vida e encaram a morte como um processo normal;
- Não pretende acelerar nem prolongar esse processo;
- Integram os aspetos psicológicos e espirituais dos cuidados aos doentes;
- Oferecem um sistema de suporte para auxiliar os doentes a viverem tão ativamente quanto possível até a morte ocorrer;
- Oferecem ainda um sistema de suporte para a família lidar com o trajeto da doença e o seu próprio processo de luto;
- Utilizam uma abordagem de trabalho de equipa para darem resposta as necessidades dos doentes e suas famílias incluindo o apoio no luto, se necessário;
- Melhoram a qualidade de podendo influenciar positivamente o curso da doença;
- Pode ser aplicado precocemente no curso da doença, em conjunto com outras terapias que pretendem prolongar a vida, tais como a quimioterapia ou radioterapia, e inclui a investigação necessária para melhor compreender e controlar complicações clínicas.

Sendo assim contribuindo com essa ideia Abiven (2001, p. 18) diz que, “ a CP propõem tomar conta do doente para o qual o “cure” não é possível mas para os quais a compreensão o “cure” torna-se uma necessidade”.

Na perspetiva de Magalhães (2009, p. 77), “a CP é uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos doentes e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças que constituem risco de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento pela identificação precoce, avaliação e tratamento rigoroso da dor”.

Na mesma linha do pensamento Magalhães (2009), acrescenta que os cuidados de enfermagem prestados as pessoas não só em fim de vida mas todos os que precisam devem dar resposta às necessidades físicas, psicológicas, emocionais e sociais, se necessário, prolongam-se no acompanhamento do luto da família.

Nesta ótica Neto (2004, p.15) salienta alguns aspetos importantes para melhor compreender os CP definidos pela OMS:

- Os CP afirmam a vida e aceitam a morte como um processo natural, pelo que não pretendem provoca-la ou atrasa-la através da eutanásia ou de uma “obstinação terapêutica desadequada”.
- Os CP promovem uma abordagem global e holística do sofrimento dos doentes, pelo que é necessária a formação nas diferentes áreas em que os problemas ocorrem física, psicológica, social e espiritual;
- Os CP são oferecidos com base nas necessidades e não apenas no prognóstico ou no diagnóstico pelo que podem ser introduzidos em fases mais precoces da doença qualquer que ela seja quando outras terapêuticas cuja finalidade é prolongar a vida estão a ser utilizadas;
- Os CP pretendem ser uma intervenção rigorosa no âmbito dos cuidados de saúde, pelo que utilizam ferramentas científicas e se integram no sistema de saúde, não devendo existir à margem do mesmo;
- Os CP prestados as pessoas em fim de vida são fundamentais para que o doente sente-se tranquilo e confiante perante os prestadores de cuidados.

No ver de Neto (2004), a CP porfiando a abordagem integral do doente (aspetos físicos, emocionais, sociais e espirituais), incorporando a família no seu estudo e estratégia, promovendo o princípio de autonomia e dignidade da pessoa doente e remetendo para um cuidado personalizado e continuado, poderão instaurar-se como um recomeço de uma renovada forma de entender e praticar a medicina.

No entanto estas definições só entendem os CP quando realizados por equipa multiprofissional em trabalho harmónico e convergente. O foco da atenção não é a doença a ser curada/controlada, mas o doente, entendido como um ser biográfico, ativo, com direito a informação e a autonomia plena para as decisões a respeito de seu tratamento (Maciel & Oliveira, 2009).

Níveis de diferenciação dos Cuidados Paliativos

A enfermagem é uma profissão que se baseia no cuidar, cuidar de pessoas em seu todo de forma a promover o melhor conforto possível mesmo que estes se encontrem em fim de vida, e os cuidados paliativos são os que de mais adequam nessa promoção.

Segundo o Programa Nacional de cuidados paliativos (PNCP) (2008-2010), os cuidados paliativos devem ser planeados em função dos seguintes níveis de diferenciação.

Mas não se pode entrar nos níveis de diferenciação sem antes falar da ação paliativa que segundo PNCP representa o nível básico de palição e corresponde genericamente a prestação de ações paliativas, sem recurso a equipas ou estruturas diferenciada.

Nível I de CP

- São cuidados paliativos individualizados, organizados e planificados;
- São prestados por equipas multidisciplinares básicas, com formação diferenciada em cuidados paliativos, que podem prestar diretamente os cuidados ou exercer funções de apoio técnico a outras equipas;
- Estruturam-se habitualmente como equipas de suporte em cuidados paliativos;
- Podem ser prestados a doentes internados, ambulatoriais ou no domicílio, que necessitam de cuidados paliativos diferenciados.

Nível II de CP

- São diferenciados, organizados e planificados que garantem a prestação direta e/ou apoio efetivo nas 24 horas;
- Requerem a prestação direta dos cuidados por equipas multidisciplinares alargadas, em que a maioria dos elementos tem a sua base de atividade na equipa, em que todos têm formação diferenciada em cuidados paliativos e em que os elementos com funções de chefia ou coordenação técnica têm formação avançada em cuidados paliativos;
- Habitualmente, são prestados através de unidades de cuidados paliativos, com internamento próprio, podendo incluir também cuidados domiciliários e no ambulatório.

Nível III de CP

Habitualmente correspondem a centros de elevada diferenciação que se assumem como referência na prestação de cuidados, na formação e na investigação. Reúnem as

condições e capacidades próprias dos cuidados paliativos de nível II acrescidas das seguintes características:

- Desenvolvem programas estruturados e regulares de formação diferenciada ou avançada em cuidados paliativos;
- Desenvolvem atividade regular de investigação diferenciada em cuidados paliativos;
- Possuem, experiência e diferenciações reconhecidas que lhes permitem responder a situação de elevada exigência e complexidade em matéria de cuidados paliativos, assumindo-se como unidade de referência;
- Integram no seu funcionamento próprio equipas que permitem oferecer maior variedade e continuidade de cuidados domiciliários.

1.11. Assistência de enfermagem ao utente oncológico

Antes de falar de assistência de enfermagem é importante falar da sua importância porque ela exerce um papel fundamental para o ser indivíduo, a família e a comunidade. A assistência de enfermagem no dia-a-dia vai se traduzir em importantes ações de cuidados como garantir conforto, bem-estar e acolhimento dos utentes.

A enfermagem atualmente é destacada como sendo uma atividade profissional de ajuda e de cuidado aos utentes. No começo dos tempos eram prestados cuidados de forma empírica, mas com os avanços da tecnologia na medicina e de novos conhecimentos em bases científicas, as intervenções de enfermagem passaram a ter como fundamento bases científicas e, deste modo, passaram a ter mais credibilidade e a dispensar ao utente mais qualidade na prestação de cuidados.

Cabe ao profissional além da ação terapêutica, dar suporte ao utente oncológico para o enfrentamento da doença, pois o cancro requer tratamento prolongado e é passível de efeitos adversos. Estas ações provocam transformações nas relações sociais e pessoais do utente e sua família o que requer atenção e suporte por parte dos profissionais, sobretudo da enfermagem (Frigato & Hola, 2003).

Portanto o enfermeiro deve indicar e fornecer orientações relativas às medidas preventivas, identificar precocemente os efeitos colaterais do tratamento a fim de minimizá-los, orientar e acompanhar o utente e respetiva família e manter em mente que

as ações de enfermagem devem ser individualizadas, considerando suas características pessoais e sociais. A disponibilização de orientações gerais na forma impressa pode ser de grande ajuda, pois este recurso auxilia no processo de orientação e esclarecimento do próprio utente e de seus familiares. Ele permite reforçar e garantir acesso fácil às orientações fornecidas durante a consulta de enfermagem. Ressalta-se também a importância do preparo do enfermeiro na orientação e oferecimento de cuidados específicos aos utentes com cancro (Frigato & Hola, 2003).

No cancro, o enfermeiro atua em ações de prevenção e controle. Tem como competência prestar assistência a pacientes com câncer na avaliação diagnóstica, tratamento, reabilitação e atendimento aos familiares. Além disso, ele desenvolve ações educativas e ações integradas com outros profissionais, apoia medidas legislativas e identifica fatores de risco ocupacional, na prática da assistência ao paciente oncológico e sua família. (Silveira & Zago, 2006).

Acrescenta ainda Silveira e Zago (2006) que o enfermeiro atua em ações de prevenção e controle. Tem como competência prestar assistência a pacientes com câncer na avaliação diagnóstica, tratamento, reabilitação e atendimento aos familiares. Além disso, ele desenvolve ações educativas e ações integradas com outros profissionais, apoia medidas legislativas e identifica fatores de risco ocupacional, na prática da assistência ao paciente oncológico e sua família.

Contudo, Leite (2007) esclarece que o profissional de enfermagem deve estar sempre aperfeiçoando suas habilidades e técnicas específicas, pois é o profissional enfermeiro que está mais próximo do utente, podendo oferecer segurança e conforto, já que as possibilidades de cura se esgotaram.

Na perspectiva de Mohallem e Rodrigues (2007), é importante que haja qualidade no cuidar, atendendo melhor às necessidades do paciente, com maior ênfase no ouvir do que no falar, lembrando de ajudar o paciente nas dificuldades de expressar seus sentimentos, para melhor compreendê-lo.

Na mesma lógica o enfermeiro deve aperfeiçoar sempre suas habilidades em relação ao conhecimento técnico, científico e na capacidade de percepção das necessidades do utente. É necessário que haja planejamento na assistência humanizada, pois o profissional de enfermagem é quem está mais próximo ao doente, o qual deve ser tratado de forma efetiva.

No ver de Boff (2003), o ato de cuidar é muito mais que simples atenção, é dedicação, compromisso, afeto e respeito ao utente, enquanto Kovacs (2008) afirma que a morte é um processo natural da vida e que se as pessoas se preparam para nascer também devem se preparar para morrer. A certeza de uma doença incurável permite que a morte possa ser planejada para que amenize o sofrimento do doente.

Nesta lógica Kovacs (2008), acrescenta que a família do utente oncológico terminal sofre por achar que não está fazendo o melhor para atender às necessidades do doente. A energia psíquica do mesmo fica inteiramente voltada à sua assistência, não conseguindo distinguir se o melhor para ele seria a morte para o alívio da dor e sofrimento ou a sobrevivência, por ser uma pessoa próxima e querida.

No entanto, dignidade significa qualidade de vida em toda a sua existência com o mínimo de sofrimento possível, os quais podem ser oferecidos pelos profissionais de saúde e seus familiares, já que o utente deve saber de tudo, por meio de uma comunicação clara e aberta. A autonomia é responsável pela dignidade da vida do doente, pelo direito de controlá-la e de decidir sobre si próprio, resolvendo assim, onde e como deseja permanecer até a sua morte (Kovacs, 2008).

Para Araújo (2009), o câncer quando diagnosticado em fase avançada, diminui a possibilidade de cura do paciente, levando-o ao final da sua existência. Assim, os cuidados paliativos têm o propósito de oferecer atenção especial e humanizada na assistência em saúde.

Já Silva, (2011) a pesquisa em enfermagem oncológica é essencial para gerar a base de conhecimento que fundamenta a prática clínica, além de poder identificar o impacto do câncer e do tratamento na vida de pacientes e familiares. Atualmente o papel do profissional de enfermagem atuante na área de oncologia não se restringe a ajuda à família.

De acordo com Sales, Grossi, Almeida, Danini e Marcon, (2012), para que a assistência fique verdadeira:

“A mesma deve articular que o utente e sua família sejam envolvidos na assistência e, sobretudo, que possam ser assistidos de modo humanizado e receber da equipe manifestações de desvelo, visto que uma interação efetiva da enfermagem com a família do utente é um passo fundamental em seu processo de recuperação. Para que estas medidas se tornem mais efetivas, a equipe de enfermagem deve educar, cuidar, promover, advogar e coordenar o seu cuidado”.

Do ponto de vista de Sales (2012):

“A assistência de enfermagem ofertada ao utente na oncologia visa prover o conforto, agir e reagir adequadamente frente à situação de morte com o doente e consigo mesmo; promover o crescimento pessoal do doente, valorizar o sofrimento e as conquistas, empoderar o outro com seu cuidado e empoderar-se pelo cuidado, lutar para preservar a integralidade física, moral, emocional e espiritual, vincular-se e auxiliar o outro e a si mesmo a encontrar significados nas situações”.

1.12. Competências esperados no enfermeiro oncológico

Ser humano: o profissional de enfermagem deve ser meigo, dedicado, carinhoso, afetivo, amoroso, amigo, compreensivo, generoso, atencioso, cordial, gentil, discreto, educado, paciente, solidário, fraterno, sensível a problemática do outro, livre de preconceitos, ter empatia, competência para sentir o outro e valorizar suas vivências, capacidade de ouvir, prontidão para receber o cliente, ter amor, saber confortar e ajudar com palavras, fazer o outro aproveitar cada dia de sua vida.

Sales (2008), afirma que o cuidar não é, por conseguinte, apenas uma emoção, atitude ou simples desejo, todavia envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, ações carinhosas e suas consequências. Reforça Ainda que o cuidar, cuidar de si, cuidar do outro, cuidar da vida, cuidar da finitude está na origem da existência, é inerente ao ser humano e é uma atitude de compromisso humanitário.

Possuir conhecimento técnico-científico: o enfermeiro deve ser seguro, competente, especialista atualizado, qualificado e experiente para atuar na área oncológica, capacitado para informar, ter domínio da patologia e das técnicas, possuir capacidade intelectual e científica. Segundo Silveira e Zago (2006), de forma geral a oncologia teve uma grande evolução nas técnicas diagnósticas e terapêuticas, possibilitando a sobrevida e aumentando a qualidade de vida dos utentes com cancro. Cabe ao enfermeiro acompanhar o desenvolvimento dessa especialidade, assim atualizando o conhecimento para melhorar a assistência ao utente oncológico.

Nesta logica Girondi e Radunz (2007), concordam com Silveira e Zago (2006), e acrescenta que o saber originado no cotidiano da prática associada ao suporte teórico sinaliza a necessidade de resolução das limitações, propiciando um cuidado melhor

fundamentado. Portanto, é de extrema importância que o profissional em qualquer área que atue, busque conhecimento – através de estudos; que acrescente qualidade a sua prática profissional.

Ser responsável: ser consciente de sua responsabilidade, ser eficiente, pontual, usar de sinceridade, seriedade, ser interessada, prestativa, comunicativa, ter amor pelo que faz, motivação, iniciativa, gostar da área oncológica gostar do que faz, que parecem estar relacionados com o amor e compromisso com a profissão. Num estudo realizado por Wenzl C (2001), com os utentes em cuidados paliativos, verificou-se que os enfermeiros precisam de desenvolver competências como o escutar ativamente, demonstrar confiança e honestidade, realizar o toque pessoal e ajudar o doente a resolver questões passadas.

Demonstrar compreensão / Sentimento: demonstrar compreensão nas crises sem ter que responder, não expressar sentimento de pena, colocar-se no lugar do paciente, entender e aceitar a pessoa nas fases pelas quais está passando, agir de forma sensível, respeitar o outro, tratar o outro como ser humano. Olhar nos olhos, ouvir para melhor interagir e dialogar, sorrir, tocar no paciente, ser sincero quanto ao tratamento. Cuidar, segundo Watson J (2002), é um processo intersubjetivo que só pode ser demonstrado nas interações enfermeiro/pessoa, e implica que o primeiro responda com autenticidade e criatividade às solicitações do segundo. É igualmente um fenómeno complexo que exige respeito, disponibilidade, competência, empatia, criatividade, saber ouvir, olhar e tocar.

Saber lidar com a morte: os enfermeiros que desenvolvem a sua profissão na área da oncologia, não só estabelecem uma relação terapêutica estreita para responder às necessidades da díade doente-família, como também experienciam um número anual acrescido de mortes dos doentes, inerente às especificidades do seu local de trabalho. Assim, Stumm E, (2008), declara que os enfermeiros encontram-se expostos à vários fatores de *stress* físico, emocional, psicológico e sociocultural, contribuindo para o desenvolvimento de processos de luto mais ou menos adaptativos, tendo em conta a realidade experienciada.

1.3. Humanização dos cuidados na assistência ao utente oncológico e sua família

A relação utente-profissional de enfermagem e família, o profissional de enfermagem é o principal mediador. Na assistência ao utente oncológico, as atenções do enfermeiro também devem ser voltadas aos familiares, dando-lhes as orientações e informações necessárias da evolução da doença e terapêutica. A relação emocional

profissional de enfermagem – Utente – família é mais bem observada na especialidade oncológica com pacientes sem condições de um bom resultado terapêutico (Camargo & Souza, 2003).

É importante que haja qualidade no cuidar, atendendo melhor às necessidades do utente, com maior ênfase no ouvir do que no falar, lembrando de ajudar o utente nas dificuldades de expressar seus sentimentos, para melhor compreendê-lo (Mohallem & Rodrigues, 2007).

Contudo, Leite *cit in* Santos, Lataro e Almeida (2011), esclarece que o profissional de enfermagem deve estar sempre aperfeiçoando suas habilidades e técnicas específicas, pois é o profissional enfermeiro que está mais próximo do utente, podendo-lhe oferecer segurança e conforto, já que as possibilidades de cura se esgotaram. O enfermeiro é o profissional que está diretamente ligado ao utente, tendo assim o compromisso e responsabilidade de ouvir e compreender melhor às necessidades de cada um, proporcionando-lhes apoio, compreensão e afetividade no momento de carência que possuem no enfrentamento da doença.

Na fase terminal da doença surge o sentimento de impotência do profissional e pode traduzir-se em revolta ou abatimento. E isto vai afetar toda a assistência emocional que será prestada ao utente com cancro e sua família, a forma como a equipa comunica-se e interage com eles.

Desta forma o doente terminal passa por uma série de etapas psicológicas durante todo o seu percurso de preparação para a morte. Kubler - Ross (2002), ao longo da sua obra (Sobre a morte e o morrer) divide esse percurso em cinco etapas explicando-as: sendo a primeira fase de negação, posteriormente a raiva, a negociação, a depressão e por fim a aceitação. Estas etapas por que passa o doente terminal, não são estádios absolutos, uma vez que os indivíduos não vivem na mesma ordem, no mesmo ritmo, nem passam necessariamente por todas elas.

Negação: Nesta fase o doente recusa a realidade, continuando com o seu trabalho, com as suas tarefas do dia-a-dia tentando esquecer o facto de estar doente. Desta forma cria uma espécie de defesa perante a realidade da doença. Isto é, podemos dizer que esta fase é caracterizada por uma recusa temporária da realidade que, no entanto, mais tarde será substituída por aceitação parcial. Esta atitude é um mecanismo de defesa perante notícias inesperadas e chocantes. A necessidade de negação é mais frequente no início da

doença, mas é algo que vai e volta. Este sentimento é acompanhado de um desejo tendencial para isolar-se Kubler - Ross (2002);

Raiva: Após a fase de negação surgem sentimentos de raiva, revolta, inveja e ressentimento que são acompanhados pela expressão: “porquê eu?”. Nesta fase o contacto com o doente torna-se difícil pois é complicado comunicar com ele devido a todos estes sentimentos. Nesta fase o doente começa a confrontar-se com a morte, reagindo com raiva e exprimindo a sua ira perante a sua má sorte. Esta fase é frequentemente difícil para os que o rodeiam, uma vez que o doente tem tendência a deslocar e projetar a sua raiva contra o médico que não diagnosticou a doença a tempo, contra os enfermeiros que não são suficientemente rápidos a responder aos seus pedidos e não se ocupam dele como deveriam e, finalmente contra Deus, que lhe impõe a sentença de morte Kubler - Ross (2002);

Negociação: Nesta fase o doente acredita que há possibilidade de fazer um acordo de modo a prolongar o desfecho inadiável. Negoceia dizendo que vai comer melhor, ou fazer mais exercício, ou deixar de fazer certas coisas que gostava de realizar. Este comportamento pode estar associado a aspetos de culpa, relacionados com o aparecimento da doença. Aqui o doente já começa por aceitar gradualmente o facto de estar prestes a morrer, mas tenta conseguir um prolongamento do tempo de vida, uma diminuição da dor, melhores cuidados e é capaz de negociar o seu bom comportamento com Deus, com os que o rodeiam e, inclusive, com a equipa médica Kubler - Ross (2002);

Depressão: é nesta fase que o doente começa a ter um sentimento de perda, perda de tudo o que lhe diz respeito tal como perda do corpo, da família, do trabalho, dos objectivos de vida e das atividades de lazer. É um momento bastante difícil para a família e profissionais pois as tentativas de trazer o doente de volta à sua vida habitual normalmente não têm sucesso. A revolta e o alheamento característico das fases anteriores dão lugar a um sentimento de grande perda. O doente gradualmente toma consciência das consequências reais da sua doença e passa por um período depressivo Kubler - Ross (2002);

Aceitação: A fase de aceitação é a ultima fase deste processo. Nem todos os doentes chegam a atingir esta fase, mas aqueles que receberam apoio da família e dos profissionais durante todos os outros estádios têm mais facilidade em chegar ao final desta longa jornada em paz e desligarem-se de tudo o que os liga ao mundo, incluindo a família. Nesta fase final o doente deixa de se sentir deprimido, sem raiva, relativamente à morte

iminente, porque teve a oportunidade de exprimir os seus sentimentos, medos e angústias Kubler - Ross (2002).

Após abordar estas fases por que passam os doentes terminais, torna-se pertinente realçar que estas são acompanhadas por muito sofrimento quer para o doente e para família, e nesse sentido Neto (2004) diz que o problema do sofrimento é central para estes doentes e para os que os acompanham, e que se não se entender, tanto quanto possível, o que é sofrimento para estes doentes, se não se souber reconhecê-lo, dificilmente se poderá dar uma resposta integral às suas inquietações e medos. A mesma autora afirma ainda que é frequente ouvir estes doentes dizerem que "*não têm medo de morrer, têm é medo de sofrer*", é nesse sentido que ela identifica as principais fontes de sofrimento, que são:

- Perda de autonomia e dependência de terceiros;
- Sintomas mal controlados;
- Alterações da imagem corporal;
- Perda do sentido da vida;
- Perda da dignidade;
- Perda de papéis sócias e estatuto;
- Perda de regalia económicas;
- Alterações nas relações interpessoais;
- Modificações de expectativas e plano futuros,
- Abandono.

1.13. Diagnósticos de enfermagem e Classificação das Intervenções de enfermagem

Depois da ilustração dos principais conceitos que relacionados com o cancro é essencial relatar os diagnósticos e as intervenções de enfermagem em utentes com Cancro de pulmão.

A equipa de enfermagem é responsável para administrar os cuidados prestados aos utentes desde a admissão do paciente no internamento até conceção da alta hospitalar, garantindo o seu acesso, seu acolhimento, o aumento das suas capacidades decisivas e o aumento da sua autonomia da comunicação e orientações feitas pela equipa multidisciplinar.

Para a taxonomia de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), o diagnóstico de enfermagem é: “um julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família, da comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, os quais fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados, pelos quais o enfermeiro é responsável”.

De acordo com Braga e Cruz (2003), “os diagnósticos de enfermagem são os focos clínicos da ciência de enfermagem, e atividades diagnósticas que vão aproximar os enfermeiros dos seus utentes, possibilitando-lhes conhecer melhor suas respostas físicas e emocionais”.

Segundo McCloskey e Bulechek, (2004), a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) “apresenta uma lista completas de intervenções de enfermagem que abrange a prática de generalista e das áreas especializadas”. Assim serão elencadas um conjunto de intervenções de enfermagem que os enfermeiros vão poder implementar durante o tratamento e diagnósticos para aumentar os resultados obtidos pelo utente.

Deste modo, achou-se pertinente a identificação dos diagnósticos de enfermagem mais comuns aos utentes que hospitalizam no serviço de Medicina do HBS, uma vez que, deste modo torna-se mais fácil implantar as intervenções de enfermagem mais convenientes ao estado e às necessidades do utente.

A tabela abaixo apresentada e representa alguns dos diagnósticos de enfermagem segundo o *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) identificadas nos utentes hospitalizados no serviço de medicina do HBS e as suas respetivas intervenções de acordo com o *Nursing Interventions Classification* (NIC).

Quadro 3 - Diagnóstico de NANDA e intervenções de NIC

Diagnósticos de Enfermagem de NANDA	Intervenções de Enfermagem de NIC
<p><u>Nutrição Alterada: ingestão menor que as necessidades corporais.</u></p> <p><u>Definição</u> – estado no qual o individuo tem uma ingestão de nutrientes que não atente suas necessidades metabólicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar a utente a alimentar-se; • Informar a utente e/ou familiares quanto à importância da nutrição para estabelecer o estado de saúde;

<p><u>Características Definidoras:</u> Perda de peso, mesmo com a ingestão alimentar adequada; Dor abdominal com ou sem patologia; Falta de interesse para alimentar-se; Inabilidade percebida para ingerir alimentos Tons musculares enfraquecidos; Excessiva perda de cabelos.</p> <p><u>Fatores Relacionados:</u> Inabilidade para ingerir ou digerir ou absorver nutrientes, devido a fatores biológicos, psicológicos, económicos e culturais; Falta ou deficit de informação adequada; Conceitos errados sobre prática alimentar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar problemas de mastigação; • Pesar a utente diariamente; • Orientar a utente e/ou familiares quanto aos nutrientes necessários para recuperação do estado de saúde;
<p><u>Integridade tissular prejudicada</u></p> <p><u>Definição</u>-estado no qual o indivíduo apresenta lesão em mucosas, córneas, tecido cutâneo ou subcutâneo.</p> <p><u>Caraterísticas Definidoras:</u> tecido_lesado ou destruído (córnea mucosas, pele ou subcutâneo).</p> <p><u>Fatores Relacionados:</u> Deficit ou excesso nutricional, <i>deficit</i> ou excesso de líquidos deficit de conhecimento, mobilidade física prejudicada, irritantes químicos (incluindo-se medicamentos, excreções e secreções corporais).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Posicionamento; • Supervisão da pele; • Cuidados com lesões; • Prevenção e cuidados com úlcera de pressão; • Cuidados com tração/imobilização
<p><u>Ansiedade</u></p> <p><u>Definição</u>- Estado subjetivo no qual o individuo experimenta um sentimento de incómodo e inquietação, cuja fonte é,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecer dúvidas do utente em relação ao tratamento; • Estabelecer relação de confiança com o utente;

<p>frequentemente, inespecífica ou desconhecida por ele.</p> <p><u>Características Definidoras:</u> Tensão aumentada, incerteza, medo, espanto, remorso, nervosismo, angústia, preocupações expressas de novas mudanças em eventos da vida, inquietação, insônia, olhando ao redor, tensão facial.</p> <p><u>Fatores Relacionados:</u> Ameaça do autoconceito, ameaça de morte, ameaça ou mudança no estado de saúde, ameaça ou mudança no ambiente, crise situacional ou existencial, necessidades não atendidas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular o utente quanto ao relato de sua ansiedade; • Monitorar o estado emocional do indivíduo; • Oferecer um ambiente calmo e agradável; • Oferecer apoio psicológico; • Proporcionar bem-estar; • Oferecer informações sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico.
<p><u>Interação social prejudicada</u></p> <p><u>Definição</u>- estado no qual o indivíduo participa relacionamento social em quantidade insuficiente ou excessiva, ou em qualidade ineficaz.</p> <p><u>Características Definidoras:</u> Desconforto verbalizado ou observado em situações sociais, uso observado de comportamento de interação social fracassado, disfunção interativa com seu grupo etário, família ou grupos, relato familiar de mudanças no estilo ou padrão de interação.</p> <p><u>Fatores Relacionados:</u> <i>Deficit</i> de conhecimento ou habilidade para aumentar a interação, barreiras de comunicação, distúrbio de autoconceito, terapêutica de isolamento, barreiras</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento do sistema de apoio • Aumento da socialização; • Controle do comportamento: hiperatividade/desatenção.

<p>ambientais, alteração de processo do pensamento.</p>	
<p><u>Mobilidade física prejudicada</u></p> <p><u>Definição</u>- Estado no qual o indivíduo experimenta uma limitação na habilidade para movimentos físicos independentes.</p> <p><u>Caraterísticas Definidoras</u>: Inabilidade para movimentação significativa dentro do ambiente físico, inclusive no leito, transferência e deambulação, relutância em tentar movimentar-se, amplitude limitada de movimento, força, controle ou massa muscular diminuídas, coordenação prejudicada.</p> <p><u>Fatores Relacionados</u>: Intolerância atividade física, força e resistência diminuída, dor ou desconforto, dano perceptual ou cognitivo, enfraquecimento neuro-muscular, enfraquecimento músculo-esquelético.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção do exercício; • Assistência no autocuidado; • Posicionamento; • Cuidados com tração/imobilização; • Cuidados com o repouso no leito.
<p><u>Fadiga</u></p> <p><u>Definição</u> – Estado no qual o indivíduo experimenta uma sensação constante de sobrecarga, de exaustão e diminuição de capacidade para o trabalho físico e mental.</p> <p><u>Caraterísticas Definidoras</u>: Verbalização de uma contínua e esmagadora falta de energia, inabilidade para manter as rotinas usuais, necessidade de energia adicional para realizar tarefas rotineiras, aumento de queixas físicas, habilidade prejudicada para a concentração.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manter o ambiente calmo e tranquilo; • Explicar à família as causas da fadiga; • Identificar fatores que desencadeiam a fadiga; Auxiliar o utente nas atividades (alimentação e higiene); • Orientar ao acompanhante para deixar o utente em repouso.

<p><u>Fatores Relacionados:</u> Metabolismo energético aumentado ou diminuído, estado de desconforto, alteração química do corpo (por ex: medicamentos, abstinência de drogas, quimioterapia).</p>	
<p><u>Distúrbio no padrão de sono</u></p> <p><u>Definição</u> – Estado no qual o indivíduo apresenta alteração no período do sono, causando desconforto ou interferindo no estilo de vida desejado.</p> <p><u>Caraterísticas Definidoras:</u> Queixas verbalizadas de dificuldades para adormecer, sono interrompido, queixa verbal de não sentir-se bem repousado, fala grossa com pronúncia confusa e palavras incorretas.</p> <p><u>Fatores Relacionados:</u> Alterações sensoriais internas (doenças, estresse psicológico) ou externas (mudanças ambientais, situações sociais).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar efeitos de medicamentos sobre o sono; • Auxiliar e eliminar situações estressantes antes de dormir; • Ouvir queixas subjetivas referentes à qualidade do sono; • Identificar o que interrompe o sono e a frequência em que ocorre. • Discutir com a utente/família as medidas de conforto, técnicas de monitoramento do sono e as mudanças no estilo de vida; • Ensinar à utente técnica de relaxamento;
<p><u>Deficit de lazer</u></p> <p><u>Definição</u>- Estado no qual o indivíduo experimenta uma diminuição na estimulação, no interesse no engajamento em atividades recreativas ou de lazer.</p> <p><u>Caraterísticas Definidoras:</u> verbalização de tédio, desejo de ter alguma coisa para fazer, impossibilidade de realizar, no hospital, os hobbies usuais.</p> <p><u>Fatores Relacionados:</u> Falta de atividade de lazer no ambiente durante</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia ocupacional; • Facilitação da visita; • Terapia recreacional.

hospitalização prolongada, ou em tratamentos longos e frequentes.	
<p><u>Deficit de conhecimento sobre a doença</u></p> <p><u>Definição</u> – estado no qual o indivíduo não tem informações corretas ou completas sobre aspectos necessários para manter ou melhorar seu bem-estar.</p> <p><u>Características Definidoras:</u> Verbalização de problema, dificuldade de seguir instruções, comportamentos inapropriados ou exagerados (por ex: histérico, agitado, hostil).</p> <p><u>Fatores Relacionados:</u> Falta de experiência prévia, dificuldade de memorização, falta de familiares com recursos de informação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar atual nível de conhecimento do utente em relação ao processo de doença; • Oferecer informações ao utente sobre sua condição, descrevendo sinais e sintomas comuns da doença, quando adequado; • Repetir informações importantes; • Usar linguagem familiar.
<p><u>Dor</u></p> <p><u>Definição</u>– Estado no qual o indivíduo experimenta e relata a presença de severo desconforto ou uma sensação desconfortável.</p> <p><u>Características Definidoras:</u> Comunicação verbal ou não verbal da dor, comportamento defensivo e protetor, comportamento compatível com desconforto (gemer, chorar, solicitar apoio de outras pessoas, inquietação), expressão facial de dor (olhar sem brilho, abatido, fixo ou movimentos dispersos, careta).</p> <p><u>Fatores Relacionados:</u> Agentes de injúria (biológicos, químicos, físicos, psicológicos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar o impacto da experiência de dor sobre a qualidade de vida; • Auxiliar o utente e a família a buscar e oferecer apoio; • Implementar plano de monitoramento; • Oferecer informações sobre a dor, suas causas, tempo de duração, e desconfortos antecipados decorrentes de procedimentos; • Controlar os fatores ambientais que influenciam a resposta do utente ao desconforto; • Reduzir ou eliminar fatores que precipitam ou aumentam a experiência de dor;

	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o repouso/sono adequado para facilitar o alívio da dor; • Incorporar a família na modalidade de alívio à dor, se possível.
--	--

Fonte: Elaboração própria

1.14. Teoria de Enfermagem de Virgínia Henderson

Realçando que essa investigação é no domínio da enfermagem, visa fundamentar que é de suma importância escolher e referir uma teoria de enfermagem que mais se ajusta a temática em estudo e que se adapta como fundamento para a elaboração do mesmo.

Esta teoria baseia o seu interesse nas intervenções que podem facilitar o processo de transição das pessoas que não conseguem realizar transições saudáveis, ou seja, nas necessidades humanas fundamentais (NHF) direcionados aos utentes com cancro de pulmão, uma vez que, ela expõe os seus fatos direcionadas a autonomia, numa perspetiva humanizada e também o contributo da enfermagem na satisfação das mesmas. Todas as transições desencadeiam mudança e para compreendê-la é fundamental identificar os efeitos e seus significados.

No entanto, acredito que esta temática vai deparar com a teoria de Virgínia Henderson no que diz respeito aos cuidados de enfermagem, tendo em conta às 14 NHF, assim, podendo abranger o utente de uma forma holística, ou seja, como um todo e não somente a doença.

Sendo assim, decidi ingressar o estudo nesta teoria tendo em conta que o utente hospitalizado se encontra no leito em repouso absoluto e incapacitado para realização das suas atividades de forma autónoma, pois, com isto cabe ao enfermeiro planejar /elaborar estratégias para o auxílio da satisfação das necessidades básicas.

Pois, Tomey (2002, p. 114) realça que Henderson, em 1966 define a enfermagem como “ a única função da enfermeira é assistir o indivíduo, doente ou saudável, no

desempenho das atividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação (ou para a morte pacífica) que executaria sem auxílio caso tivesse a força, a vontade”.

Na ótica de Tomey e Alligood (2004), a enfermagem é conhecida em todo o mundo e a sua obra continua a influenciar internacionalmente a prática de enfermagem, a educação das enfermeiras e a investigação em enfermagem. Virgínia Henderson representa uma das ilustres figuras na história da enfermagem, sendo que essa contribuiu muito para a evolução da enfermagem e para que essa nobre profissão chegasse a o que é hoje.

Ainda Henderson (2007), enfatiza que executaria as ações sem ajuda, fazendo com que se voltasse a ser independente mais rápido possível e todos os utentes devem ser visto como um todo holístico, onde também introduziu o conceito de Pessoa (utente), realçando estes mesmos autores “Henderson via o doente como um individuo que precisa de assistência para obter saúde e independência ou a morte pacífica. Corpo e mente são inseparáveis. O doente e a sua família são vistas como uma unidade”.

Complementando a ideia, Henderson (2007, pág. 11) “uma enfermeira apta é aquela que respeita a sua vocação, sendo esta uma pessoa honesta e fiável porque a vida de outro depende da ação desta Nightingale”.

De acordo com Tomey (2002, pág. 114) as necessidades humanas fundamentais sobre as quais provem os cuidados de enfermagem, nomeadamente:

“Respirar, comer e beber de forma adequada, eliminar os resíduos corporais, movimentar e manter a postura correta, dormir e descansar, escolher a roupa vestir-se e despir-se, manter a temperatura corporal dentro dos valores normais mediante a seleção de roupa e modificação de ambiente, manter o corpo limpo e cuidado e os tegumentos protegidos, evitar os riscos do ambiente e evitar lesar outros, comunicar-se com os demais, realizar praticas religiosas segundo a fé de cada um, trabalhar de modo a sentir-se realizado, jogar ou participar em diversas formas de recreação, aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade de modo a conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normais e utilizar os recursos de saúde disponíveis”.

Henderson, assim identificou as 14 NHF básicas do doente que englobam os componentes dos cuidados de enfermagem, sendo elas as seguintes (Tomey Alligood, 2004):

Neste sentido é de extrema importância enfatizar as principais NHF básicas que se encontram afetadas nos utentes com cancro de pulmão hospitalizados: respirar, dormir e repousar, eliminar, comer e beber e movimentar-se e manter as posturas desejáveis, escolher o vestuário, vestir e despir, manter a temperatura corporal, evitar os perigos, comunicar com os outros, praticar a religião que processa, trabalhar, participar em diferentes formas de recreação, aprender a descobrir ou satisfazer a curiosidade que leva ao desenvolvimento normal.

A satisfação dessas NHF maiorias das vezes encontram-se comprometidas durante o processo de hospitalização em utentes com cancro de pulmão, não só no HBS, como a nível mundial, pois durante este período, a capacidade funcional destes utentes encontra-se bastante limitada. Pois, de acordo com Rosa, Benício, Latorre e Ramos (2003), a incapacidade funcional define-se pela presença de dificuldade no desempenho de certos gestos e de certas atividades da vida cotidiana ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-las.

Deste modo Phaneuf (2001) diz que o cuidado de enfermagem provém de conhecimento, de uma preparação conceptual para a satisfação das necessidades da pessoa em referência ao seu progresso ótimo da sua autonomia.

A teoria Virgínia tem como base a satisfação das necessidades que se encontram afetadas e como fazer para satisfazer as necessidades dos utentes uma vez que este precisa de cuidados de forma holística a fim de alcançar a sua independência.

Na perspetiva de Henderson (2007), as seguintes necessidades humanas fundamentais de todos os utentes como constituintes principais de enfermagem: Comer e beber adequadamente; Respirar normalmente; Eliminação corporal, Movimentar-se e manter a postura correta; Sono e repouso; Escolher o vestuário adequado, Despir e vestir, Manter a temperatura corporal dentro dos limites aceitáveis, Manter o corpo limpo e proteger a pele; Evitar os perigos do ambiente, Comunicar com os outros; Praticar a religião; trabalhar de modo a ter uma sensação de realização; Jogar ou participar de diferentes formas de recreação; Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que leva ao desenvolvimento normal e a saúde.

O enfermeiro ajuda os utentes com cancro de pulmão prestando a assistência e promovendo sempre o bem-estar do utente, a atenção do enfermeiro é de extrema importância, esta voltada para a satisfação das necessidades humanas fundamentais dos

utentes nomeadamente: respiração, higienização, alimentação, terapêutica, movimentar-se, evitar perigos do ambiente, comunicar com o utente uma maneira simples e eficaz para que ele possa entender e criando sempre estratégias de comunicação se necessário, ou seja o enfermeiro ajuda os utentes no todo, além disso ajuda em todos os aspetos como: físico, emocionais, sociais e espirituais, devem atuar de forma incansável para eliminar ou minimizar as ansiedades e desejos do utente, porém para que assim se proceda, é necessário que o profissional adquira um perfil peculiar da profissão de enfermagem, buscando constantemente conhecimentos técnico-científicos e atuando de forma interpessoal e humanizada.

CAPÍTULO II - FASE METODOLÓGICA

2. METODOLÓGICA

O propósito deste capítulo é identificar a metodologia da investigação em estudo, elaborando a descrição de todo o processo metodológico utilizado no decorrer do trabalho. Isto proporciona também a realização de um estudo a partir do qual se pretende alcançar os objetivos propostos.

Em qualquer trabalho de investigação pressupõe a seleção e utilização de métodos e técnicas de recolha de dados necessários para a corporificação do mesmo tratando-se de uma temática pertinente e vastamente complexa que requer uma maior atenção das unidades hospitalares.

Segundo Fortin (2009, p. 310), a metodologia é “a fase em que o investigador determina as estratégias e os procedimentos, com o objetivo de apresentar as questões metodológicas como o instrumento de recolha de dados, a amostra selecionada e os procedimentos efetuados para a elaboração do estudo”.

É importante referir que este trabalho foi realizado por etapas que se encontram estipuladas no Apêndice 1.

2.1. Tipo de Estudo

Tendo em conta a temática, a problemática formulada, os objetivos estabelecidos achou-se conveniente delinear um tipo de pesquisa (método) que mais adapte-se aos mesmos e que auxilia para encontrar respostas e dados para sustentar a pesquisa em estudo.

É de realçar que após uma reflexão sobre os diferentes métodos existentes e os objetivos delineados para o referido estudo, optou-se pelo método qualitativo, exploratório e descritivo, aplicando abordagem fenomenológica.

O método qualitativo generaliza os resultados obtidos, ou seja, para melhor compreender o comportamento e a experiência humana, como pressuposto uma compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo, ele observe, descreve, interpreta e aprecia o fenómeno tal como ela apresenta.

Além disso pode-se realçar que as pesquisas descritivas têm como principal objetivo descrever as características de uma determinada população ou fenómeno ou a determinação de relações entre variáveis. A pesquisa exploratória é familiarizar com um

assunto pouco conhecido e pouco explorado, é abordado no método qualitativo. Segundo Gil (2008), a pesquisa exploratória proporciona maior familiaridade com o problema e pode envolver levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas experientes no problema pesquisado.

Trata-se de uma abordagem fenomenológica, uma vez que visa recolher e analisar o conhecimento e experiência vivenciadas pelos enfermeiros do serviço de medicina do HBS, recolhendo dados sobre conhecimentos que os entrevistados possuem sobre o assunto em estudo.

O estudo fenomenológico tem com objetivo descrever a experiência, como é vivida e descrita pelas pessoas, tocadas por um fenómeno preciso. Portanto, para Fortin (2009), a fenomenologia é uma abordagem indutiva que tem por objeto o estudo de determinadas experiências, tais como são vividas e descritas pelas pessoas. Ainda de acordo com a mesma, a fenomenologia, a etnologia, a teoria fundamentada, a investigação histórica, o interacionismo simbólico e construtivismo constituem os principais tipos de investigação qualitativa.

2.2. Instrumento de recolha de informação

Tendo em conta o desenho metodológico nomeada para o presente estudo, foi utilizado como instrumento de recolha de informação a entrevista semi-estruturada (Apêndice 2), pois, crê-se ser o mais relevante para atingir os objetivos delineados, possibilitando desta feita a identificação e análise das percepções dos entrevistados sobre o tema em estudo.

A entrevista é um instrumento essencial para a recolha de informações, pois esta permite que o investigador conduza suas questões de acordo com as informações que pretende obter.

Na perspectiva Fortin (2009), a entrevista é o principal método de colheita de dados nas investigações qualitativas. Este é um método particular de comunicação verbal entre duas pessoas, um entrevistador que recolhe dados e um respondente que fornece a informação. A entrevista é utilizada sobretudo nos estudos exploratórios, mas é igualmente útil noutros tipos de investigação.

A entrevista, assim sendo um instrumento de recolha de informação, constitui um utensílio primordial no processo de investigação. O objetivo das entrevistas é conhecer a perspetiva dos entrevistados sobre o referido assunto e recolher o máximo de informações, de modo a responder aos objetivos traçados.

A entrevista semi-estruturada é principalmente utilizada nos estudos qualitativos, quando o investigador quer compreender a significação de um acontecimento ou de um fenómeno vivido pelos participantes (Fortin, 2009).

Antes da recolha das informações foi necessário realizar um pré-texto do referido instrumento a ser utilizado com um público com as mesmas características dos entrevistados de modo a averiguar a pertinência do mesmo. As informações foram recolhidas pela própria investigadora, tendo sido gravadas, em suporte áudio, no período compreendido entre os meses de junho e julho, sendo programadas de acordo com a disponibilidade e o horário mais favorável a cada participante, realizaram-se todas no HBS, respeitando a privacidade dos participantes e proporcionando um clima descontraído e sem interrupções, propício à partilha de experiências vividas pelos mesmos. Tiveram uma duração média de 25 a 30 minutos.

2.3. População Alvo

A população alvo refere-se à população que o investigador quer estudar com a intenção de fazer a generalização, Fortin, (2009), apoia esta afirmação e acrescenta que a população alvo refere-se àquela que o investigador quer estudar com a intenção de fazer a generalização ou seja, é um grupo de pessoas que têm características comuns e que permitem delinear a precisão do tema em estudo e assim obter dados juntos de pessoas ou grupos homogéneos.

Para esta investigação determinou-se como população alva todos os enfermeiros (as), que trabalham no serviço de medicina do HBS, constituído por 18 (dezoito) enfermeiros. Pois, a escolha será feito mediante os critérios de inclusão e exclusão.

Os critérios de inclusão são delineadas com o objetivo de determinar as características que se deseja encontrar. Como critérios de inclusão foram considerados os seguintes:

- Enfermeiros (as) com mais de 3 anos que trabalham no serviço de medicina do HBS;
- Ser enfermeiro(a) de turno;
- Aceitar de livre e espontânea vontade participar do estudo;
- Ser licenciado.

Optou-se por esse perfil de entrevistado para se poder ter uma visão mais profundo do que se quer com o trabalho e obter a melhor satisfação dos resultados.

Os critérios de exclusão são delineados com o objetivo de definir os indivíduos que não fazem parte da investigação. Assim, os critérios de exclusão definidos para esta investigação foram:

- Os enfermeiros que se encontravam ausentes no momento de aplicação da entrevista por razões da baixa médica ou férias;
- Enfermeiros em quarentena.

Assim sendo os enfermeiros que possuem estas características automaticamente não participaram do estudo. Esta caracterização permite explorar a riqueza das informações obtidas e sustentadas pelas experiências individuais de cada sujeito.

Neste sentido, o estudo estabelecido foi constituído por 5 (cinco) enfermeiros, sendo que tem 2 (dois) enfermeiras chefes, 3 (três) não aceitaram participar e outros encontram-se de quarentena.

2.4. Caracterização do Campo Empírico

O campo empírico é essencial no trabalho para dar a conhecer o local onde foi desenvolvido o estudo de modo a compreender quais os reais constituídos do mesmo de forma a saber se estas influenciam na prestação de cuidados.

O HBS é considerado uma unidade de serviço de saúde de referência da região de Barlavento, com prestação de serviços diferenciados. Atende a comunidade regional com programas de extensão e atendimento às necessidades de saúde nas áreas ambulatoriais hospitalar, de serviços complementares de diagnóstico e terapia. O HBS tem por objetivo a promoção da saúde, a prevenção da doença, o ensino e a investigação nos termos que vierem a ser convencionados.

Para realizar o estudo foi escolhido o serviço de medicina do HBS que situa nesta cidade do Mindelo, São Vicente.

Descrição do serviço de Medicina - Estrutura física

Este serviço é composto por cinco (5) enfermarias, sendo uma de isolamento constituídas por oito (8) leitos cada, estando a ultima enfermaria divididas em seis (6) leitos perfazendo uma total de trinta e oito (38) leitos, uma (1) copa, uma (1) sala para os médicos, um (1) quarto de apresentação de soros e oxigénios, um (1) de *stock* de para armazenamento de materiais, um (1) de procedimentos de enfermagem, cinco (5) casas de banho, um (1) na sala do enfermeiro chefe, um (1) no quarto de enfermeiros, dois (2) para os utentes, feminino e masculino, um (1) para os ajudantes de serviços gerais, um (1) quarto de enfermeiros, uma (1) sala para o enfermeiro chefe, uma (1) sala do diretor do serviço, um (1) quarto dos ajudantes de serviços gerais, um (1) quarto para arrumação dos resíduos, um (1) corredor, uma (1) porta na entrada e uma (1) nos fundo.

Equipas de serviço

Este serviço apresenta um corpo de enfermeiros composto por dezoito (18) enfermeiros, sendo dois (2) enfermeiras responsáveis do serviço e (16) dezasseis enfermeiros de turnos, sendo três (3) por turno, um (1) auxiliar administrativo, cinco (5) auxiliares de serviços gerais e doze (12) médicos.

Funcionamento do serviço de Medicina

O serviço funciona 24 horas por dia, com enfermeiros e ajudantes de serviços gerais fazendo turnos de 8 as 15 horas (manhã), 15 as 21 horas (tarde) e 21 as 8 horas (noite) e os médicos fazem turnos de 8 as 15, ficando um de urgências até as 21 horas, depois ficam em regime de chamada, também tem uma administrativa que trabalha das 8 as 15 horas de segunda à sexta-feira.

O serviço dispõe de alguns horários que facilitam a organização e administração, como é o caso do horário das refeições, que é de acordo com a dieta prescrita de cada utente:

- 8:00 – Oferecem o pequeno-almoço
- 12:00 - Oferecem o almoço
- 18:00 – Oferecem o jantar
- 10:00 e 16:00 – Oferecem lancho para os utentes diabéticos, caso houver.

O horário das visitas é das 14h até as 18h, com direito a 10 minutos para os familiares devido a pandemia covid-19. Relativamente a medicação também a maioria das prescrições é de 12/12h, 8/8h e 6/6h, iniciando quase sempre pelas 6h de manhã, pois, há medicamentos que é administrado apenas as 12h ou 18h.

2.5. Aspectos éticos e legais

Essa fase leva em conta as atitudes corretas que devem ser tidos em conta ao longo da investigação, para proteger ou salvaguardar o respeito aos direitos de todos os intervenientes do estudo.

É de muita relevância e importância que se tenha em conta os direitos dos que englobam no estudo ou na investigação científica para uma melhor compreensão e colaboração de ambas as partes interessadas. Segundo Fortin (2009), “quaisquer que sejam os aspetos estudados, a investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos da pessoa.”

Foram seguidas todas as regras necessárias, sendo que a investigação no campo clínico só se iniciou com autorização do HBS. Essa autorização foi concebida mediante a entrega de um requerimento elaborado pela pesquisadora (Anexo 3), carimbado e assinado pela coordenação do curso da universidade.

Para que a colheita de informação fosse possível, e para garantir os direitos de desistir a qualquer momento do estudo e o anonimato dos participantes, foi-lhes disponibilizados um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 4) com o objetivo de os convidar a participar da pesquisa, esclarecendo-lhes que a sua participação era totalmente voluntária, e que seriam respeitadas a fidelidade das palavras utilizadas pelos participantes, e que eram livre de desistir do mesmo a qualquer momento sem qualquer constrangimento ou consequência a sua pessoa.

Importante ainda referir que no consentimento havia uma nota introdutória onde se explicava os objetivos da sua aplicação e da investigação com o intuito de esclarecer os participantes e fazer com que a sua participação fosse consciente, voluntária e esclarecida.

CAPÍTULO III – FASE EMPÍRICA

3 - ANALISE DOS RESULTADOS

Nesta fase foi feita a apresentação das informações colhidas ao longo da investigação e seguidamente foram analisados e discutidos. Pois, uma vez finalizada a etapa da recolha de informações torna-se necessário efetuar a análise e a interpretação dos resultados encontrados, de acordo com a descrição dos instrumentos e procedimentos metodológicos utilizadas na elaboração deste trabalho. Este capítulo possibilita a perceção dos resultados obtidos da investigação feita ao longo desse percurso.

Ainda, neste capítulo depara-se com a caracterização dos selecionados, através dos resultados obtidos das entrevistas e a apresentação das respostas obtidas, tendo em conta a fundamentação do marco teórico referido anteriormente.

O tratamento das informações consiste na transcrição das informações recolhidas durante as entrevistas segundo a técnica de análise de conteúdos de Bardin (2009) e como tal análise está organizada em categorias e subcategorias.

De acordo com o Bardin, (2009), a análise de conteúdo aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de receção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não).

Para facilitar o entendimento das informações optou-se por organizar o trabalho segundo a matriz de Bardin, (2009) que facilita a identificação das unidades de contexto e de registo e que se encontra no apêndice 5.

3.1. Caracterização dos entrevistados

Com o término da recolha de informações sobre o tema em estudo torna-se pertinente organiza-las e trata-las por forma a convertê-las em dados, logo antes da análise detalhada das categorias é importante a apresentação das informações básicas sobre a identificação dos participantes. Neste sentido, é de realçar que as entrevistas foram feitas de forma individual e sigilosa, com o intuito de salvaguardar a confidencialidade dos dados recolhidos, logo, foi necessário recorrer a nomes fictícios, caracterizando-as assim: Enf1, Enf2, Enf3, Enf4, Enf5.

Nesta caracterização geral dos entrevistados foi pertinente mencionar os dados essenciais tais como: idade, tempo de profissão, habilitações académicas.

Quadro 4- Caracterização socio demográfica dos entrevistados

Nome Fictício	Gênero	Idade	E. Civil	Tempo de Profissão	Grau acadêmico	Serviço
Enf1	Feminino	45	Solteira	15 Anos	Licenciatura	Medicina
Enf2	Masculino	36	Solteiro	10 Anos	Licenciatura	Medicina
Enf3	Feminino	31	Solteira	4 Anos	Licenciatura	Medicina
Enf4	Feminino	36	Solteira	7 Anos	Licenciatura	Medicina
Enf5	Masculino	28	Solteiro	4 Anos	Licenciatura	Medicina

Fonte: Elaboração própria.

Foram entrevistados cinco (5) enfermeiros do serviço de Medicina do HBS, entre eles três (3) do sexo Feminino e um (2) do sexo Masculino, com a faixa etária compreendida entre Vinte e oito (28) anos a quarenta e cinco (45) anos.

Em referência às habilitações acadêmicas todos são licenciados, no que se refere ao tempo de trabalho enquanto enfermeiro, esta varia de quatro (4) a quinze (15) anos de trabalho.

3.2. Apresentação e análise das informações

Para uma boa organização e compreensão dos resultados da pesquisa foi necessário criar três (3) categorias de modo a ter uma exibição de forma resumida e bem complacente da investigação. Essas três (3) categorias foram divididas em subcategorias, que serão apresentados na tabela abaixo referenciado para uma melhor interpretação.

Quadro 5 - Apresentação das categorias e Subcategorias.

Categorias	Subcategorias
Categoria I- Conceito de cancro de pulmão.	Subcategoria I- Principal causa de cancro de pulmão. Subcategoria II- Principais fatores de riscos para desenvolvimento de cancro de pulmão.

Categoria II- Dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no serviço de medicina do HBS no atendimento dos utentes com cancro de pulmão	Subcategoria I- Assistência aos utentes com cancro de pulmão no serviço. Subcategoria II- Tratamentos prestados e quais poderiam acrescentar ou melhorar. Subcategoria III- Impactos da revelação do diagnóstico e quais estratégias utilizados pelos profissionais de enfermagem.
Categoria III - Importância cuidados de enfermagem prestados aos utentes com cancro de pulmão no serviço de medicina do HBS.	Subcategoria I - Planos de cuidados de enfermagem. Subcategoria II - Prioridades e desafios no serviço.

Fonte: Elaboração própria.

Categoria I - Conceitos sobre o cancro de pulmão.

Relativamente a primeira categoria foi elaborada com a finalidade de conhecer e analisar a perceção dos enfermeiros do serviço de medicina sobre os conceitos do cancro de pulmão, pois considere-se importantes esses conhecimentos por parte dos enfermeiros. Sendo assim entendeu-se ser pertinente dividir esta categoria em duas (2) subcategorias para melhor compreensão da categoria I, como se pode ver no quadro anterior. Passa-se a apresentar alguns trechos das respostas dos entrevistados:

- **Enf1:** “É o desenvolvimento de células anormais e que dividem sem controlo”.
- **Enf2:** “É uma patologia que acomete os pulmões, dividido há vários fatores risco”
- **Enf3:** “É o desenvolvimento de células anormais no pulmão, que se dividem e crescem sem controlo”.
- **Enf4:** “Trata-se de uma anomalia a nível do funcionamento anormal e inadequado dos pulmões e a nível celular entre outros”.

- **Enf5:** “*É o crescimento acelerado anormal de células nos pulmões*”.

Nesta categoria foi notável que todos os enfermeiros apresentam um conhecimento básico em relação o conceito do cancro de pulmão e que todos tem uma noção sobre a patologia, sendo que estes descrevem o cancro de pulmão como o desenvolvimento de células anormais no pulmão e que sem dividem e crescem sem controlo. Sendo assim a análise dos 5 enfermeiros percebe-se que as respostas vão do encontro a bibliografia no que toca a definição de cancro de pulmão.

Perante as respostas obtidas subdividiu-se esta categoria em uma subcategoria com a intenção de melhor compreender e perceber qual foi à reação das mesmas perante o diagnóstico feito.

Subcategoria I - Principal causa de cancro de pulmão.

Nesta subcategoria achou-se relevante elabora-la para perceber se os enfermeiros do serviço de medicina sabem identificar a principal causa do cancro de pulmão. É importante ter a perceção em enfermagem para melhor poder prevenir e lidar com elas. Pois os trechos a seguir mostram as respostas dos entrevistados:

- **Enf1:** “*A principal causa é o tabagismo*”.
- **Enf2:** “*A principal causa é o tabagismo*”.
- **Enf3:** “*A principal causa é o tabagismo*”.
- **Enf4:** “*A principal causa é o tabagismo*”.
- **Enf5:** “*A principal causa é o tabagismo*”.

Verificou-se que os enfermeiros apresentam um conhecimento e uma noção sobre a principal causa do cancro de pulmão que é o tabagismo. Estão cientes que as tarefas que a profissão exige, muitas vezes trazem problemas para o profissional de saúde.

Subcategoria II - Principais fatores de riscos para desenvolvimento de cancro de pulmão.

No que se refere os principais fatores de riscos de cancro de pulmão, de acordo com as informações colhidas pode-se afirmar que os fatores de riscos do cancro de pulmão referidas pelos cinco (5) participantes variam desde tabagismo, fumantes passivos, hereditariedade, ambientes poluídos, outras doenças predisõem como a

tuberculose e doença pulmonar obstrutiva crônica. Como pode-se apurar a partir das seguintes respostas:

- **Enf1:** *“Os fatores de riscos são o tabagismo e fumantes passivos”.*
- **Enf2:** *“Os fatores de riscos são tabagismo, hereditariedade e ambientes poluídos”.*
- **Enf3:** *“Os fatores de riscos são tabagismo, hereditariedade, não fumantes alterações genéticas, inalação de poeira, ar ou algumas doenças predis põem como a tuberculose e doença pulmonar obstrutiva crônica”.*
- **Enf4:** *“Os fatores de risco são tabagismo, de evolução de produtos tóxicos”.*
- **Enf5:** *“ Vários fatores que podem levar ao cancro de pulmão como por exemplo o tabagismo, exposição de produtos tóxicos, ambientes poluídos, hereditariedade entre outros”.*

Constatou-se que os enfermeiros apresentam um conhecimento muito básico em relação os fatores de risco do cancro de pulmão, alguns dos enfermeiros demonstram estar mais preparados do que outros e não existe um conhecimento unânime entre eles.

Categoria II - Dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no serviço de medicina do HBS no atendimento dos utentes com cancro de pulmão.

Nesta categoria pretende-se conhecer as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no serviço de medicina do HBS no atendimento dos utentes com cancro de pulmão. Para cumprir os objetivos traçados era necessário criar essa categoria de forma a analisar as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no que toca as dificuldades enfrentadas por estes no serviço a quando do atendimento dos utentes acometidos pela patologia em estudo. Assim sendo, as respostas podem ser vistas nos trechos das entrevistas a seguir:

- **Enf1:** *“recursos humanos e materiais”.*
- **Enf2:** *“Dificuldades dos recursos materiais e humanos”.*
- **Enf3:** *“Alguma privacidade do utente e mais recursos humanos e materiais”.*
- **Enf4:** *“algumas vezes não há meios físicos o cuidado do utente”.*
- **Enf5:** *“ As dificuldades estão basicamente relacionados com os fatores psicológicos do utente, pois o estado emocional da pessoa fica muito debilitado”.*

Nota-se que os enfermeiros têm uma percepção clara sobre as dificuldades encontradas, e essas podem influenciar na prestação de cuidados. Os enfermeiros entrevistados afirmam que as dificuldades enfrentadas na prestação de cuidados são um pouco vastas como: recursos humanos e materiais que foi uma dificuldade vista por todos, a privacidade do utente, falta de meios físicos, fatores psicológicos e emocionais. Isto é a nível de especialização nesta área de Oncologia, materiais apropriados e espaço inadequado. Para além dessas dificuldades ainda apresentaram a forma que o utente vê a sua doença, o fato de ter de fazer a medicação, resistência e aceitação entre outros aspetos. Com certeza, as dificuldades em qualquer tipo de trabalho acabam por condicionar o desenvolvimento do mesmo, uma vez que dificulta a sua qualidade de cuidados prestados.

Portanto para melhor compreensão da categoria II, foi necessário subdividido em três (3) subcategorias.

Subcategoria I: Assistência aos utentes com cancro de pulmão no serviço.

Com a primeira subcategoria pretende-se saber como é feito a assistência aos utentes com cancro de pulmão no serviço de medicina do HBS. Pois, é importante que os enfermeiros tenham conhecimentos inerentes relativamente a assistência dos cuidados prestados aos utentes, a família e a comunidade. A assistência de enfermagem no dia-a-dia vai se traduzir em importantes ações de cuidados como garantir conforto, bem-estar e acolhimento dos utentes. Segundo as perspetivas dos entrevistados passa-se a apresentar as respostas:

- **Enf1:** *“Os utentes com cancro do pulmão damos uma assistência paliativa”.*
- **Enf2:** *“É feito com ética, profissionalismo e empatia”.*
- **Enf3:** *“A entrada o utente é recolhido no leito, durante o internamento (cuidados de enfermagem, fisioterapia, médicos e nutricionistas”.*
- **Enf4:** *“ A assistência trata-se de dar resposta as necessidades afetadas, apoio psicológico etc. Avaliações dos sinais vitais sempre que for necessário”.*
- **Enf5:** *“A assistência aos utentes, varia de cada utente e o estágio da doença, mas normalmente a assistência é baseado na dor, uma vez que, geralmente são utentes que necessitam de cuidados paliativos”.*

De acordo com as respostas dos entrevistados pode-se concluir que tenham uma noção de assistência prestada aos utentes com cancro de pulmão no serviço de medicina nomeadamente: Assistência paliativa, feito com profissionalismo, avaliação dos sinais vitais e cuidados paliativos.

Os enfermeiros fazem uma assistência paliativa dos utentes, enfatizaram que levem os aspetos éticos em consideração bem como o profissionalismo e que varia de utente para utente dependendo do estágio da doença. Mas também pode-se constatar que das entrevistas feitas estes não englobaram a família como um elemento chave na assistência dos utentes com cancro de pulmão.

Subcategoria II - Tratamentos prestados aos utentes com cancro de pulmão no serviço de medicina.

Com esta subcategoria pretende-se explorar o conhecimento dos profissionais, em relação aos tratamentos prestados aos utentes com cancro de pulmão no serviço de medicina do HBS e quias poderiam acrescentar ou melhorar tendo em conta as suas vivências no serviço. Pois, é importante que os enfermeiros tenham conhecimentos inerentes relativamente a estes tratamentos, porque são os enfermeiros que tem um contato mais próximo e continua com os utentes, ou seja, são eles que tem a sensibilidade para identificar as necessidades e reações dos utentes, deste modo, os enfermeiros tem de conhecer e saber os tratamentos a serem prestados, isto é, para que possam atuar sempre com autoconfiança, autoconhecimento e de forma eficaz e eficiente, tendo sempre em conta a melhoria de saúde e o conforto do utente. Assim sendo pode-se apurar as seguintes respostas:

- **Enf1:** *“No serviço não temos opções de tratamento aos utentes porque chegam no serviço no estágio avançado”.*
- **Enf2:** *“Promover o bem-estar do utente, dar apoio emocional e psicológico, poderia melhorar o aspeto mental e emocional”.*
- **Enf3:** *“Cuidados de enfermagem (higiene, terapêutica, alimentação e comunicação. Poderia ser acrescentado ou melhorado criar um serviço de oncologia em conexão com serviço de Medicina”*
- **Enf4:** *“Garantir melhor O2 sempre que necessário, uso de fármacos que garante funcionamento do trato respiratório (Ex: corticoides).*

- **Enf5:** “ Não existe um tratamento ainda para o cancro de pulmão, mas nos enfermeiros tentamos proporcionar uma maior qualidade de vida a esses utentes. Relativamente ao que podia ser melhorado neste setor seria proporcionar fármacos dentro dessa área”.

De acordo com as respostas dos entrevistados pode-se concluir que cada enfermeiro apresenta ideias diferentes, em contrapartida um enfermeiro realça que no serviço eles não têm opções de tratamento para esses utentes, onde também outro afirma que não existe tratamento específico, tendo em conta que muitos utentes cheguem já no estágio avançado, que procurem promover o bem-estar físico, emocional e psicológico, ainda pode-se realçar que um entrevistado salienta que seria melhor criar um serviço específico para atendimento de utentes oncológicos, os enfermeiros de medicina sempre tentam proporcionar uma maior qualidade de vida aos utentes. Todavia podemos constatar que todos têm uma noção dos tratamentos prestados aos utentes com cancro de pulmão no serviço de medicina do HBS.

É de salientar que nem todos os entrevistados realçaram sobre os tipos de tratamentos específicos para um utente com cancro de pulmão, e os tratamentos atendidos a esses utentes é a quimioterapia e radioterapia, isto é, a quimioterapia e a radioterapia, constituem as principais opções terapêuticas no cancro do pulmão. Associado a qualquer das opções, devemos prescrever toda a terapêutica de apoio procurando durante qualquer tratamento a melhor qualidade de vida, pois mesmo que aqui não temos um serviço específico para esses tratamentos, mesmo assim deveriam tê-los indicados como um dos principais tipos de tratamento existente para cancro de pulmão.

Subcategoria IV- Impactos da revelação do diagnóstico e quais estratégias utilizados pelos profissionais de enfermagem.

Ao se criar esta subcategoria pretendeu-se conhecer os impactos da revelação do diagnóstico e descrever as estratégias utilizadas pelos enfermeiros, para que possam melhorar a qualidade de vida do utente, dando sempre o apoio psicológico tendo em conta que, com a revelação do diagnóstico muitos ficam fragilizados, ou seja, os utentes já tem uma noção que a patologia é muitíssimo grave, logo, perdem vontade de viver, depressão, desamimo, por isso os enfermeiros permanecem sempre do lado dos utentes para a prestação dos cuidados e criação de estratégias nomeadamente. Quando questionados sobre os impactos e estratégias utilizadas, os enfermeiros responderam o seguinte:

- **Enf1:** *“Impactos os utentes não aceitam, estratégias as medidas preventivas, identificar os efeitos colaterais”.*
- **Enf2:** *“Os impactos são graves pois trata-se de uma patologia grave, as estratégias são a empatia e o consolo”.*
- **Enf3:** *“Muitos das vezes a utente não aceita, levando á depressão, baixa autoestima, as estratégias dar apoio psicológico, higiene, alimentação e terapêutica”.*
- **Enf4:** *“O enfermeiro atua na prestação de apoio psicológico ao utente uma vez que é o médico ou psicólogo a informar primeiramente da sua patologia”.*
- **Enf5:** *“A revelação de um diagnóstico de uma doença crónica em si tem sempre consequências negativas, entretanto cabe o enfermeiro saber criar estratégias para analisar os pensamentos negativos dos utentes proporcionando um ambiente calmo de reciprocidade”.*

Como podemos ver a partir dos relatos dos entrevistados, estes afirmam que os impactos são fortes, e com isso, disponibilizam tempo para orientar as utentes caso for necessário o tempo que permanecem no serviço, dando sempre o apoio psicológico e o consolo, satisfazendo nas necessidades afetadas, tendo sempre em conta que a comunicação com os utentes é de extrema importância, isto é, temos que criar formas mas simples para comunicar com eles, ou seja, não utilizar termos científicos, se no caso o utente não estiver em condições para comunicar, temos que falar sempre com a família explicando de forma simples e eficaz.

Pode-se constatar que a atuação da equipa de enfermagem é importante no sentido de educar o utente relativamente à patologia mesmo sabendo que muito das vezes há impactos depois da revelação do diagnóstico. Mas para além disso a equipa de enfermagem tem um papel importante em criar estratégias como dar consolo, apoio emocional e psicológico para a adaptação e situação da patologia.

Categoria III - Importância dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes com cancro de pulmão no serviço de medicina do HBS.

Com esta terceira categoria teve a finalidade de debruçar sobre a importância dos cuidados de enfermagem a serem prestados aos utentes com cancro de pulmão no serviço de medicina do HBS. Achou-se pertinente criar esta categoria com o objetivo de analisar

a importância dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes, porque os enfermeiros deixaram transparecer a importância dos seus papéis como cuidador, bem como a responsabilidade que essa prestação de serviço exige. Relativamente a importância, os enfermeiros responderam o seguinte:

- **Enf1:** *“Importância dos cuidados de enfermagem tem o papel fundamental no acompanhamento durante o tratamento seja dado o apoio psicológico do utente e a família, prestando orientações no desenvolvimento da doença”.*
- **Enf2:** *“Os cuidados são muito importantes pois, trata-se de utentes debilitados pela sua condição física”.*
- **Enf3:** *“É importante que o enfermeiro busca o desenvolvimento de habilitações específicos nessa área, para prestar cuidados de enfermeiros no todo”.*
- **Enf4:** *“Os cuidados de enfermagem são de extrema importância, uma vez sendo estes os profissionais que passam maior parte de tempo com os utentes no serviço, logo são estes que tem um papel a garantir maior estabilidade no mesmo para a satisfação das necessidades”.*
- **Enf5:** *“O enfermeiro tem um papel crucial, pois é, os profissionais de saúde que esta 24horas com o utente esta presentes em toda as circunstâncias”.*

É de salientar que todos os enfermeiros realçam a mesma importância nos cuidados de enfermagem, ou seja, é importante que os cuidados humanizados se estendem até aos últimos momentos da vida. Os enfermeiros tem de dar apoio emocional, psicológico, orientar o utente quanto a educação para saúde, orientar a sua dieta alimentar prescrita pelo nutricionista, cumprimento da terapêutica indicado pelo médico assistente, fazer todos os registo, cuidar da higiene e alimentação entre outros aspetos importantes, isto é, prestar cuidados ao utente porque nem sempre o utente esta preparado psicologicamente para encarar a patologia, visto que pode estar numa fase final da vida, por isso é de extrema importância os cuidados para que nunca o utente sentir-se sozinho.

Pode-se constatar que os enfermeiros não incluíram a família nos cuidados prestados tendo em conta que a família tem um papel fundamental na saúde do utente, neste sentido, muitas das vezes os familiares podem ajudar e muito os enfermeiros, porém é de extrema importância ter uma comunicação aberta com a família acerca de mudanças que possam ocorrer durante o processo, os cuidados a serem prestados e explicar-lhes as

questões de forma sincera, para que estejam preparados e informados a qualquer mudança que seja.

Ainda para melhor entendimento desta categoria foi necessário saber quais são as experiências vividas pelos enfermeiros relativamente aos cuidados de enfermagem prestados aos utentes com cancro de pulmão no serviço de medicina. Sendo que, alguns enfermeiros realçaram ter uma boa experiência no atendimento destes utentes, um outro enfermeiro realça não ter nenhuma experiência tendo em conta que estes utentes, dá entrada no serviço já em estado avançado da doença. Pois, quando questionados sobre as experiências, os enfermeiros responderam o seguinte:

- **Enf1:** *“Não tenho nenhuma experiência, visto que os utentes dão entrada no serviço já numa fase terminal”.*
- **Enf2:** *“A minha experiência é boa, pois lidamos com a situação de stress e dor, e por isso temos que ser fortes”.*
- **Enf3:** *“A experiência é vasto, porque cada utente tem o seu contexto e as culturas vividas por eles”.*
- **Enf4:** *“A minha experiência é boa, onde primeiramente o enfermeiro deve ter em atenção o aporte de O2 e um melhor posicionamento do utente”.*
- **Enf5:** *“Do ponto de vista o profissional é bastante gratificante, pois, permite-nos ver o papel preponderante que o enfermeiro tem na relação enfermeiro/ utente”.*

É de salientar que os enfermeiros têm poucas experiências, sendo que, muitas das vezes os utentes dão entrada no serviço já numa fase terminal, logo os cuidados não são prestados como pretendiam, mas também podemos encontrar alguns casos de utentes que ainda conseguem receber os cuidados, com isso, uma das funções do enfermeiro prestar cuidados aos utentes com cancro de pulmão, é de intervir com meios de orientação aos familiares e às utentes, levando em consideração que o enfermeiro é o profissional que é capacitado e que da sua responsabilidade orientar os mesmos.

A atuação das equipas de enfermagem é muito importante no sentido de educar à utente relativamente a patologia, ajudando-o a estar melhor preparada para entender as diferentes etapas da mesma, orientando-se assim para as práticas e cuidados mais adequados ao desempenho da função. No entanto as equipas de enfermagem têm papel importante no apoio emocional e de adaptação à situação da doença.

Subcategoria I - Planos de cuidados de enfermagem.

Relativamente a essa subcategoria pretende-se saber se os enfermeiros do serviço de medicina do HBS desenvolvem planos de cuidados de enfermagem para os utentes com cancro de pulmão, porque com os planos de cuidados os enfermeiros já tem uma noção mais específica e qualificada de cuidados a serem prestados a cada utente, como por exemplo: ajudar os utentes e a família a terem um melhor controlo da patologia e a forma de lidar com a mesma, conforto dos utentes e melhorar a qualidade de vida, na medida em que os seus desempenhos neste sentido abrange um cuidado holístico.

Passa-se a apresentar as respostas dos entrevistados:

- **Enf1:** *“No setor de medicina não temos planos de cuidados para esses utentes”.*
- **Enf2:** *“Promover o bem-estar e emocional, físico e mental do utente e promover o conforto do utente”.*
- **Enf3:** *“Uma relação enfermeiro-utente no processo de adesão ao tratamento”.*
- **Enf4:** *“Acompanhamento do doente adequado o seu internamento, garantir que as suas necessidades afetadas tenham melhor prestação dos cuidados”.*
- **Enf5:** *“Sendo que é uma doença sem cura o envolvimento da família nos cuidados e o alívio dor situação da doença são relativamente importantes”.*

Nota-se que os enfermeiros têm uma perceção clara sobre os planos de cuidados aos utentes com cancro de pulmão, mas em contrapartida um enfermeiro realça que no serviço não tem planos de cuidados para esses utentes, o cuidar é a que revela a atenção prestada ao desenvolvimento dos utentes e a preocupação permanente em construir um ambiente humanizado, isto é, uma prática de cuidados de qualidade é aquela que faz sentido para a situação de vida pela qual o utente com cancro de pulmão está a passar e que tem como objetivo a promoção da sua saúde bem como a dos que a rodeiam, desde modo os cuidados de enfermagem centram-se na relação que se estabelece entre enfermeiro e utente e a aproximação ao utente passa por conhecer e satisfazer as suas necessidades afetadas, o seu modo de vida, os seus problemas e também pela promoção das suas capacidades, a atuação do enfermeiro deverá ser consoante as necessidades detetadas, orientar, coordenar, executar e supervisionar, encaminhar, ajudar o utente, promover o bem-estar emocional, físico e mental e criar uma relação enfermeiro-utente no processo de melhorar adesão ao tratamento.

Subcategoria II - Prioridades e desafios no serviço relativamente aos cuidados de enfermagem.

Nesta categoria pretende-se demonstrar as prioridades e desafios no serviço de medicina para combater o cancro de pulmão, pois é importante identificá-las para compreender como é que os enfermeiros possam atuar de uma forma rápida e eficaz, de modo a minimizar ou aliviar os danos causados, desde modo os enfermeiros tem de conhecer e analisar as prioridades e desafios. Passa-se a apresentar as respostas dos entrevistados:

- **Enf1:** *“Os profissionais tem que trabalhar mais na prevenção primária”.*
- **Enf2:** *“Desafios são melhor compreender a patologia em si, as prioridades são tratar o bem-estar do utente na fase complicado”.*
- **Enf3:** *“Prioridade dar assistência humanizada ao utente com cancro de pulmão, o desafio melhorar os cuidados de enfermagem”.*
- **Enf4:** *“O enfermeiro continua a fazer primeiramente a educação de saúde, focando na prevenção e abandono dos hábitos tabágicos e outras”.*
- **Enf5:** *“Os desafios estão relacionados com o alívio da dor desses utentes como também da família que não é tarefa fácil”.*

Pode-se constatar que nessa subcategoria, que todos os enfermeiros tem uma noção de que os desafios é compreender mais a patologia em si e melhorar os cuidados de enfermagem, e que as prioridades é sempre promover o bem-estar do utente, prestar uma assistência humanizada ao utente, educação de saúde, na perspetiva de sempre trabalhar na prevenção primária sendo que utente já encontra-se numa fase complicado. Assim é de extrema importância estabelecer uma relação de ajuda aos utentes, estimulando a adesão ao tratamento e a aceitação da patologia, bem como oferecer um suporte emocional ao utente e a família.

3.3. Discussão dos Resultados

Tendo atingido esta etapa de análise das entrevistas e das informações recolhidas é ainda necessário proceder as conclusões e algumas reflexões acerca da temática em estudo: **Assistência de enfermagem no tratamento ao utente com cancro de pulmão, no serviço de Medicina do Hospital Dr. Baptista de Sousa**. Sendo assim, é necessário fazer algumas reflexões sobre os resultados obtidos, analisando as respostas dos enfermeiros, a fim de verificar se os objetivos do estudo foram ou não alcançados.

Para aprofundar e efetuar uma análise crítica das informações analisados e tratados, achou-se pertinente fazê-lo através dos objetivos específicos de investigação delineados para o estudo. Desta forma, com os dados obtidos é tentar, dar resposta a cada um desses objetivos específicos. Do mesmo modo verificar o nível de prossecução do objetivo geral, por forma a analisar se o mesmo foi atingido, permitindo assim apontar estratégias para colmatar alguns constrangimentos detetados ao longo do estudo e dar cumprimento aos objetivos formulados.

Para melhor compreensão do estudo iniciou-se por analisar o primeiro objetivo específico que pretendia: Conhecer a perceção dos enfermeiros do serviço de medicina do HBS sobre o tratamento cancro de pulmão.

Posso realçar que o primeiro objetivo específico foi alcançado, visto que, os enfermeiros apresentam um conhecimento básico em relação o conceito do cancro de pulmão, e que todos tem uma noção sobre a patologia. Entretanto, alguns apresentam um conhecimento mais aprofundado em relação ao conceito.

É de salientar que o conhecimento profundo sobre o cancro de pulmão é o subsídio a prática e as tomadas de decisões durante a assistência de enfermagem de qualidade ao utente com cancro de pulmão. Considera-se fundamental a padronização da assistência de enfermagem ao utente com cancro de pulmão para que a equipe execute suas funções, através do cuidado especializado e da observação criteriosa, quer em relação às respostas e reações do utente, quer também na prevenção de complicações.

Relativamente ao segundo objetivo específico que consista em: Descrever as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no serviço de medicina do HBS no atendimento dos utentes com cancro de pulmão, pode-se afirmar que também foi alcançado. Os enfermeiros entrevistados revelam as dificuldades enfrentadas no serviço de medicina do HBS no atendimento dos utentes cancro de pulmão, uma vez que a

assistência de enfermagem é fundamental para promover a melhoria da saúde da utente com cancro de pulmão.

As dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no serviço de medicina do HBS foram: dificuldades dos materiais e humanos, a privacidades do utente. Os enfermeiros entrevistados afirmam que as dificuldades enfrentadas na prestação de cuidados são um pouco vastas. Isto é, a nível de especialização nesta área de Oncologia, materiais apropriados e espaço inadequado. Para além dessas dificuldades ainda apresentaram a forma que o utente vê a sua doença, o fato de ter de fazer a medicação, resistência e aceitação entre outros aspetos. Com certeza, as dificuldades em qualquer tipo de trabalho acabam por condicionar o desenvolvimento do mesmo, uma vez que dificulta a sua qualidade.

É de salientar que, para melhor compreensão deste objetivo houve a necessidade de questionar os enfermeiros sobre o tratamento efetuado no serviço, tendo em conta que no nosso contexto ainda existe varias lacunas no que toca ao tratamento de utentes com cancro de pulmão. Pois, durante as entrevistas foi possível apurar as diferentes respostas dos entrevistados e que apresentaram um conhecimento diferenciado sobre o tratamento dos utentes com cancro de pulmão no serviço de medicina. Constatou-se que cada enfermeiro apresentam ideias diferentes, em contrapartida um enfermeiro realça que no serviço eles não têm opções de tratamento dos utentes, ou seja, os utentes chegam ao serviço no estágio muito avançado, logo, não conseguem efetuar os tratamentos porque muito das vezes não resistem, mas podemos constatar que todos têm uma noção dos tratamentos prestados aos utentes.

No entanto sabemos que os enfermeiros que estão sempre do lado dos utentes em qualquer circunstância, orientar a sua dieta alimentar prescrita pelo nutricionista, cumprimento da terapêutica indicado pelo médico assistente, avaliar e registar os sinais vitais, fazer todos os registo, cuidar da higiene entre outros aspetos importantes para o cuidado do utente, alimentação, estimular as atividades conforme a tolerância e comunicar com o utente, incentivando-lhe a aderir ao tratamento.

No decorrer da investigação constatou-se que os tratamentos dos utentes com o cancro de pulmão apontado pelos participantes são: Dar apoio emocional, promover o bem-estar do utente e prestar cuidados de enfermagem (higienização, alimentação e terapêutica etc.).

Na perspectiva Anjos (2006), os profissionais enfermeiros, reconhecem a importância dos diversos tratamentos do cancro, porém as prioridades não devem recair apenas no manejo da patologia, mas se estender ao ambiente construído ao seu redor. Em outras palavras, a atenção não deve-se ter apenas ao mundo biológico da patologia do utente, mas também incluir o mundo do seu corpo, no sentido sociológico. Sob essa perspectiva, o corpo é uma entidade culturalmente determinada: o senso que se tem do corpo é infinitamente complexo e suas funções vão além da soma das suas particularidades biológicas, principalmente na situação do cancro.

Para Cunha (2015), a atenção da enfermagem deve estar voltada para a satisfação das necessidades do utente oncológico em todos os aspetos (físico, emocionais, sociais e espirituais), devendo o enfermeiro atuar de forma incansável para eliminar ou amenizar as ansiedades e desejos do paciente, porém, para que assim se proceda, é necessário que o profissional adquira um perfil peculiar da profissão de enfermagem, buscando constantemente conhecimentos técnico-científicos e atuando de forma interpessoal e humanizada, pois, o profissional de enfermagem precisa interpretar a subjetividade de cada utente para assim alcançar a meta desejada que é a sua qualidade de vida.

Um outro aspeto relevante em termos do tratamento que podemos salientar aqui é que os enfermeiros não realçaram sobre os tipos de tratamentos específicos para o utente com cancro de pulmão, e os tratamentos atendidos a esse utentes é a Quimioterapia e radioterapia esse constituem as principais opções terapêuticas no cancro de pulmão.

O terceiro objetivo específico pretendia: Identificar a percepção dos enfermeiros sobre a importância dos cuidados de enfermagem aos utentes com cancro de pulmão atendidos no serviço de medicina do HBS. Pode-se afirmar que este objetivo específico foi também alcançado com sucesso. Nota-se que ressaltaram muito bem a importância nos cuidados de enfermagem a esses utentes promovendo por completo bem-estar, tais como: emocional, psicológicas, social, económica e laboral.

Portanto, para que possamos ter um utente bem cuidado muitas vezes temos que incluir a família neste processo, mas com os resultados das entrevistas podemos constatar que os enfermeiros não incluíram a família nos cuidados prestados tendo em conta que a família tem um papel fundamental na saúde do utente, neste sentido, muitas das vezes os familiares podem ajudar e muito os enfermeiros, porém é de extrema importância ter uma comunicação aberta com a família acerca de mudanças que possam ocorrer durante o

processo, os cuidados a serem prestados e explicar-lhes as questões de forma sincera, para que estejam preparados e informados a qualquer mudança que seja.

Assim entre os vários cuidados prestados, destacam-se os seguintes: orientar o utente quanto a educação para saúde, tendo em conta que os enfermeiros que estão sempre do lado dos utentes em qualquer circunstancia, orientar a sua dieta alimentar prescrita pelo nutricionista, cumprimento da terapêutica indicado pelo médico assistente, avaliar e registar os sinais vitais, fazer todos os registo, cuidar da higiene entre outros aspetos importantes para o cuidado do utente, alimentação, estimular as atividades conforme a tolerância e comunicar com o utente, incentivando-lhe a aderir ao tratamento.

O cuidar é a que revela a atenção prestada ao desenvolvimento dos utentes e a preocupação permanente em construir um ambiente humanizado, isto é, uma prática de cuidados de qualidade é aquela que faz sentido para a situação de vida pela qual o utente com cancro de pulmão está a passar e que tem como objetivo a promoção da sua saúde bem como a dos que a rodeiam. A qualidade na saúde surge hoje como uma exigência de todos os envolvidos nos cuidados de saúde, sendo vista como um atributo essencial.

Segundo a perceção dos enfermeiros os cuidados de enfermagem é muito importante, tem um papel fundamental no acompanhamento durante o tratamento, porém a qualidade de vida do utente não depende somente do suporte familiar mas também depende da aceitação da doença pelo utente quando é diagnosticada, com isso tem de promover o utente, dando apoio psicológico ao utente e a família prestando orientações no desenvolvimento da patologia. Na medida em que a evolução do tratamento se dá com o resgate da sua autoestima, autoimagem, e estabelecer-se enquanto sujeito de sua própria história.

Os cuidados de enfermagem centram-se na relação que se estabelece entre enfermeiro e utente. A aproximação ao utente passa por conhecer as suas necessidades, o seu modo de vida, os seus problemas e também pela promoção das suas capacidades, sendo assim, a atuação do enfermeiro deverá ser de acordo com o grau de dependência do utente, em que deverá consoante as necessidades detetadas, orientar, coordenar, executar e supervisionar, encaminhar, ajudar a completar ou substituir a competência funcional e avaliar os resultados dos cuidados prestados.

A atuação das equipas de enfermagem na prestação de cuidados é de extrema importância, no sentido de educar à utente relativamente à patologia, ajudando-a a estar

melhor preparada para entender as diferentes etapas da mesma, orientando-se assim para as práticas e cuidados mais adequados ao desempenho da função. Também, as equipes de enfermagem têm papel importante no apoio emocional e de adaptação à situação da patologia. Observou-se ainda que a falta de informação sobre a doença dificulta uma maior envolvimento do próprio utente no processo de saúde e patologia.

Segundo Costa (2003), a assistência humanizada ao utente com cancro e seus familiares consiste no emprego de atitudes que originem espaços que permitam a todos verbalizar seus sentimentos e valorizá-los, identificar áreas potencialmente problemáticas, auxiliá-los a identificar fontes de ajuda, que podem estar dentro ou fora da própria família, fornecer informações e esclarecer suas percepções, ajudá-los na busca de soluções dos problemas relacionados ao tratamento, instrumentalizá-los para que tomem decisões sobre o tratamento proposto e levar ao desempenho de ações de auto-cuidado, dentro de suas possibilidades. Entre as múltiplas ações de saúde necessárias para propiciar cuidados que privilegiem, dentre outros, os aspetos psicológicos, estão à disponibilidade, a atitude de aceitação e de escuta e a criação e a manutenção de um ambiente terapêutico.

Na concepção de Almeida (2014), quem cuida precisa ter empatia para com o ser que está sendo cuidado, ou seja, projeta-se para situação existencial deste no instante vivido, pois o cuidado só ocorre quando há manifestações desolitude, nas ações de enfermagem, de um lado, existe a pessoa que se encontra doente e, de outro o profissional que realiza o cuidado, ambos trazendo em sua essência de cuidar. O envolvimento emocional e formação de vínculos possibilitam uma reação de maior confiança entre utentes, família e equipe de enfermagem.

Para realizar o cuidado humanizado e estar com o utente, o enfermeiro dispõe de uma ferramenta essencial, ou seja, ele próprio. Para tanto, é fundamental transcender a si próprio, para ser capaz de fornecer cuidados de enfermagem terapêuticos aos utentes oncológicos, como a autoconsciência, esclarecimento de valores, exploração dos sentimentos, senso de ética e responsabilidades.

De forma geral, e depois de analisar o alcance de cada objetivo específico, é certo afirmar-se que o objetivo geral deste trabalho de investigação que consiste em descrever a assistência de enfermagem aos utentes com cancro de pulmão atendidos no serviço de medicina do HBS.

Durante as entrevistas e da discussão dos dados pode-se verificar a ocorrência de diversos tipos de cuidados prestados pelos enfermeiros, tudo com o objetivo de prestar um cuidado de qualidade à utente com cancro de pulmão.

Conclui-se dizendo que todos os objetivos deste trabalho de investigação foram alcançados satisfatoriamente, conforme o exposto na discussão de dados. Foi possível verificar que, apesar da atualidade do tema há ainda muito caminho a ser feito na medida em que verifica-se que há falta de informação por parte da população em geral e ainda pode-se aludir que na realidade cabo-verdiana as equipas de enfermagem ainda não estão completamente capacitadas para a prestação de cuidados paliativos. A realidade do nosso país demonstra que, no que tange a abordagem sobre cancro de pulmão (Prevenção/ Promoção/ Diagnóstico/ Tratamento) ainda há muito que melhorar.

Assim, chegamos ao fim da discussão dos resultados obtidos, considera-se ser satisfatória pois, verifica-se que as respostas obtidas vão de encontro com as confirmações de alguns autores referidos nesta temática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto a fase final deste trabalho, pode-se afirmar que o tema é de extrema importância/relevância porque permitiu ao investigador aprofundar os conhecimentos, e que a assistência de enfermagem no tratamento ao utente com cancro de pulmão no serviço de medicina do HBS é pertinente. Sendo assim, o enfermeiro tem de estar capacitado visto que é ele que cuida e passa a maior parte do tempo junto dos utentes assistindo, orientando e avaliando a evolução do quadro clínico do utente para que se possa aplicar mudanças ou alteações caso seja necessário. Pode-se concluir que os entrevistados têm uma noção sólida sobre o valor da assistência do enfermeiro no tratamento aos utentes com cancro de pulmão, promovendo uma boa qualidade de vida.

A escolha do tema foi de encontro com o interesse pessoal, como consequência de preocupações e curiosidades surgidas com a história de antecedentes familiares acometidos pela patologia. Relativamente ao diagnóstico entende-se que não é fácil para às utentes conciliarem o estado da saúde-doença, sendo que o desenvolvimento do cancro de pulmão passa muito tempo no estágio assintomático, o que será inesperado.

Logo, o diagnóstico gera sentimentos de impotência perante a doença e perspectiva da morte próxima. E esses sentimentos fazem com que as utentes entrem em estado de choque e negação e como consequência a não aderência aos tratamentos. Sendo assim compreende-se a extrema importância de dar ênfase quanto ao papel de enfermagem em dar apoio não só de tratar a doença em si mas abranger os utentes de um modo holístico.

Melhor dizendo o cuidar envolve o enfermeiro, sendo que é o profissional de saúde que está mais próximo do utente, apesar de ser uma doença sem possibilidades de cura na vida de uma pessoa e acarreta grandes sofrimentos, apesar disso é de descartar que a família também é um elemento fundamental no processo de saúde e doença do indivíduo, dando apoio e atenção que precisa nos diferentes estágios (raiva, barganha depressão aceitação).

Com isso é de salientar que os enfermeiros precisam compreender e aprofundar os conhecimentos sobre o cancro de pulmão para oferecerem orientações necessárias, para que aconteça realmente a melhoria na qualidade de vida das utentes, visto que, o enfermeiro é o indivíduo que mais próximo está do utente, permite-lhe conhecer o utente como ser humano dotado de sentimentos, e princípios morais, e isso remete-o a tratar o utente como um ser holístico.

Ao longo do desenvolvimento desse trabalho admito que realmente não é tarefa fácil cuidar de um utente em fase terminal e proporcionar cuidados adequados sem uma boa capacitação na área, e ainda dar apoio a família sem nenhum problema, visto que o enfermeiro tem um papel primordial em estabilizar o utente e a família.

Ainda realço que a falta de recursos materiais e humanos é um dos pontos mais fracos que influenciam de uma forma direta na qualidade dos cuidados, e que o aumento de utentes internados no serviço de medicina a cada dia que passa, leva os enfermeiros a uma sobrecarga, delimitando assim o enfermeiro na prestação de cuidados aos utentes em fase terminal apelando assim, a um aumento da equipe de trabalho ou então a criação de uma equipa devidamente para cuidar desses utentes.

Frisando que é difícil a realização de uma investigação sem deparar com obstáculos ou dificuldades, e posso destacar que na realização deste as principais dificuldades foram em relação a sobrecarga devido ao ensino clínico, mas em relação a realização desta pesquisa que foi desenvolvida, assegura-se que os objetivos foram alcançados na íntegra e com satisfação, na medida em que pode-se observar que cuidados de enfermagem influenciam na melhoria da saúde da utente.

Por último, sugere algumas propostas que se forem levadas em consideração contribui muito para melhoria dos cuidados de saúde em geral.

Propostas

Durante todo o processo de investigação várias são as áreas, em que se encontram lacunas e assim se desenvolvem propostas para tentar solucionar o problema em questão e consequentemente proporcionar uma melhor capacitação e atuação perante o cancro de pulmão, com isso aponta-se as seguintes propostas/sugestões:

- Desenvolver ações de capacitação dos enfermeiros na área de oncologia para melhor atender às utentes e as suas famílias;
- Permitir a integração da família no processo de cuidar do utente terminal e no acompanhamento permanente do utente;
- Criar espaços de reflexão e partilha das vivências dos diferentes profissionais de saúde, envolvidos no cuidar do utente em fase terminal;
- Aumentar recursos humanos no serviço para ir de encontro com as necessidades dos utentes e assim melhorar a qualidade de atendimento;

- Portanto, é eminente a necessidade de incentivar o envolvimento dos familiares para o processo de reabilitação e reintegração das utentes.

É de salientar que as propostas ou sugestões acima referidas é para melhorar a qualidade de atendimento no serviço de medicina, sendo que os enfermeiros devem estar aptos e qualificados para o acolhimento do utente oncológico, uma vez que esses utentes normalmente encontram-se numa fase terminal, logo, os enfermeiros tem de melhorar na prestação de cuidados como dar o apoio psicológico, emocional e promover o conforto do utente, satisfazer as necessidades afetadas do utente, porém a qualidade de vida do utente não depende somente do suporte familiar mas também depende da aceitação da doença pelo utente quando é diagnosticada, por isso, tem de permitir sempre a integração familiar porque o papel da família é de extrema importância na melhoria de saúde do utente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abiven, M. (2001). *Para uma morte mais humana: Experiencia de uma unidade hospitalar de cuidados paliativos*, 2ª Edição. Loures: Lusociência;
- Adcock, Im; Caramori, G. E Barnes, Pj (2011). *Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Lung Cancer: New Molecular Insights*. Respiration. Vol. 81, p. 265 – 284.
- Alberg, A.J., Samet, J.M., (2003), “Epidemiology of Lung Cancer”, Chest, vol. 123, pp. 21S-49S. Retrived Abril/2008 from www.chestjournal.org/cgi/content/full/123/1_suppl/21S. Acessado em : 22 março 2020.
- ALMEIDA, C.S.L de; SALES, C.A; MARCON, S.S.O. (02/2014). *Existir da enfermagem cuidando na terminalidade da vida: um estudo fenomenológico*. RevEscEnferm USP; 48(1): 34-40.
- American Cancer Society. Cancer Facts and Figures (2008): <Atlanta American Cancer Society, 2011. [Em linha] [Consult. 17 Mar. 2011]. Disponível em <http://www.cancer.org/Research/CancerFactsFigures/CancerFactsFigures/cancer-factsfigures-2008> Acessado em : 22 março 2020.
- Araújo, L.Z.S.; Araújo, C.Z.S.; Souto, A.K.B.Z.; Oliveira, M.S. (2009). *Cuidador principal de paciente oncológico fora de possibilidade de cura, repercussões deste encargo*. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília: v. 62, n. 1, jan/fev.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Byock, I. (2000) — *Completing the continuum of cancer care: integrating life-prolongation and palliation*. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 50: 2 123-132.
- Boff, L. (2003), *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. 9. ed. Petrópolis: Vozes.
- Bonassa,E.M. (2000), *Enfermagem em Terapêutica Oncológica*. 2ªed. São Paulo. Ed. Atheneu.
- Brasil. Ministério da Saúde (2002). *Manual de organização de serviços de atenção básica à saúde do adolescente e do jovem*. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde - Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer -INCA. (2003), *Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil*. Disponível em

<http://www.inca.gov.br/estimativas/2003/versaofinal.pdf> Acessado em : 19 abril 2020.

- BRASIL. Ministério da Saúde (2007): Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Saúde de Adolescente e Jovem – Módulo Básico. 2ª ed. Brasília – DF. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0272_M.pdf> Acessado em: 12 de março 2020.
- Brasil. Ministério da Saúde (BR) (Internet). Brasília (DF). [cited 2012 Jun 06] Available from <http://www.saude.gov.br/>. Acesso em: 19 março 2020.
- BRASIL, Ministério da Saúde (2014), *Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em Oncologia* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL, Ministério da Saúde (2015), *Manual de bases técnicas da oncologia*. 21. ed. Distrito Federal: Ministério da Saúde, 135 p.
- Brunner; Suddarth. (2002), *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 9. ed. São Paulo: Guanabara.
- Camargo, T.C; Souza, I.E.O. (2003), *Atenção a mulher mastectomizada: discutindo os aspectos ônticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no hospital do câncer*. Rev Latino-americana de Enfermagem, v. 11, n. 5, p. 614-21.
- Denman, Ar; Rogers, S; Ali, A, (2015), *Small area mapping of domestic radon, smoking prevalence and lung cancer incidence e A case study in Northamptonshire*, UK. Journal of Environmental Radioactivity, 150,159e169.
- Domenicis, O. (2002). *As indicações de TC de alta resolução no diagnóstico do câncer do pulmão*. Imagem & Diagnóstico CURA, Ano I, nº2, disponível em: www.cura.com.br/rcura/ed02/RC4.html. Acessado em : 16 abril 2020.
- Engels, Ea.; Brock, Mv.; Chen, J. (2006), *Elevated Incidence of Lung Cancer Among HIV-Infected Individuals*. Journal of Clinical Oncology. Vol. 24 , n. 9, p. 1383-1388,.
- Fernandez, A.; Jatene, Fb., Zamboni, M. (2002), *Diagnóstico e estadiamento do câncer de pulmão*. Jornal de Pneumologia. Vol. 28, n. 4, pag. 219-228.
- Filho, M., Kitamura S., (2006),“ *Câncer pleuropulmonar ocupacional*”, J Bras

- Pneumol.; 32(Supl 1), pp. 60-68. Retrieved Junho/2008 from www.jornaldepneumologia.com.br/PDF/Suple_49_17_10capitulo%2010.pdf. Acessado em : 2 junho 2020.
- Fortin, M. F., (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. 1ªed. Lusociência Sociedade Portuguesa de Material didática Lda.
 - Frigato, S; Hoga, L. (2003). *Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem*. RevBrasCancerol, v. 49, n. 4, p. 209-14,. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_49/v04/pdf/ARTIGO_1.pdf. Acessado em: 25 março. 2020.
 - Gazdar, A.F., Thun, M.J.,(2007), “*Lung cancer, smoke exposure and sex*”, Journal of Clinical Oncology, vol. 25. Retrieved Junho/2008 from www.jco.org/cgi/content/full/25/5/469. Acessado em : 16 maio 2020.
 - Gerber, L. H; Vargo, M. (2002), *Reabilitação para pacientes com diagnóstico de câncer*. In: DELISA, J. A., GANS, B. M. Tratado de medicina de reabilitação: princípios e práticas, São Paulo: Manole, 3ª edição, vol. 2, 1361-1386.
 - Gil, R. L. (2008): Tipos de Pesquisa, *Licenciatura em Ciências Biológicas Disciplina de Pesquisa do Ensino de Ciências e Biologia*. <http://wp.ufpel.edu.br/ecb/files>. Acessado em : 19 abril 2020.
 - Girondi, G. B. R; Radunz, V. (2007), *A enfermeira como cuidadora do seu familiar com diagnóstico de câncer*. Cogitare Enferm, v.12, n.2.
 - Highlights on health, Sweden (2004), *Estimated lung cancer incidence (2000)*. World Health Organization. Retrieved Maio/2008 from http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/CHHSWE/burden/20041123_30. Acessado em : 4 abril 2020.
 - Hoff. (2013), Paulo Marcelo Gehm. *Tratado de oncologia*. São Paulo: Atheneu,. 2893 p.
 - Hye A.L; Lee, Wk; Dohee, L. (2015), Risks of Lung Cancer due to Radon Exposure among the Regions of Korea. Journal Korean Medical Science. Vol. 30, n. 5, pág. 542-548.
 - IARC. (2009), Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Lyon, France.

- IARC. (2015) Asbestos (Chrysotile, Amosite, Crocidolite, Tremolite, Actinolite, and Anthophyllite). Disponível em: <http://www.iarc.fr/>. Acessado em : 10 abril 2020.
- Ibiapina, (2002) JO. *Câncer de Pulmão*. In: Vieira, Sc; Lustosa, Aml; Barbosa, Cnb et al. Oncologia básica. Teresina, PI: Fundação Quixote.
- INCA. (2012), *O que é câncer*. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322
<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/18420/1/Mestrado%20Sa%C3%B Ade%20P%C3%BAblica%20%20Deisa%20Salyse%20Cabral%20%20Semedo.pdf>. Acessado em : 18 março 2020.
- INCA, Instituto Nacional de Câncer. Controle do Câncer (2015b): banco de dados do INC, 2015. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>. Acessado em : 5 abril 2020.
- Jemal, A., Ward, E.M., Thun, M.J. (2005), “Epidemiology of Cancer in Cancer – Principles & Practice of Oncology 7.^a Edition”, DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA vol. 11, pp. 226-41. Retrieved Junho/2008 from www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/pne/v13n4/v13n4a05.pdf. Acessado em : 14 maio 2020.
- Kovács, M.J. (2008) *Cuidando do cuidador profissional*. In: Oliveira, R.A. (coord.) *Cuidado Paliativo*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Cap. IV Parte 1. Pág, 92-99.
- Kubler-Ross, E., (2002), *Sobre a morte e o morrer*: O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes. (8^a Ed.; 3.^a Tir.). São Paulo: Martins Fontes.
- Last, J.M.; Wallace, R.B. (2007) - *Public Health and Preventive Medicine*. 15th edition. USA: The MacGraw-Hill Companies,. ISBN 978-0-07-144198-8.
- Leite RC, Oliveira C, Ribeiro L. (2007), *Câncer de Mama: Prevenção e tratamento*. São Paulo: Edipro,.
- Lewtas, J., (2007), “Air pollution combustion emissions: Characterization of causative agents and mechanisms associated with cancer, reproductive, and cardiovascular effects”, *Mutation Research*, vol. 636, pp.95-133. Retrieved Abril/08 from

http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T2G-4PFDDVN1&_user=10&_coverDate=12%2F31%2F2007&_alid=769363454&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_cdi=4918&_sort=d&_docanchor=&_view=c&_ct=1&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=0a2bd308043b7beaaaf3151cf37a8099. Acessado em : 19 março 2020.

- Lima, Efa De; Coelho, So; Leite, F M C; Sousa, A I; Primo, Cc. (2014), *O cuidar em quimioterapia: a percepção da equipe de enfermagem*. Rev. pesquis. cuid. fundam. (Online); 6(1): 101-108, jan.-mar.
- Lorenzoni, P. J.; Donatti, M. I.; Muller, P. T. E Dobashi, P. N. (2001), Endoscopia respiratória em 89 pacientes com neoplasia pulmonar. *Jornal de Pneumologia*, vol.27, nº2, 83-88.
- Lorencetti, Ariane; Simonetti, Janete Pessuto. (2005), *As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia*. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, dez. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a05.pdf> >. Acessado em 11 abril 2020.
- Maciel, M. G. S. (Coord.).(2009).*Manual de cuidados paliativos* / Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro. ANCP
- Maciel, M. G. S. (2009) “*Definições e Princípios*”. in OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de, R. A. (Coord.). (2009). *Cuidado Paliativo*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp).
- Magalhães, J. C., (2009), *Cuidar em fim de vida: Experiência durante a formação inicial de enfermeiros*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Micatcho e Micatcha (2002), disponível em: www.geocities.com/micatcho Atualização em 28/01/2001, acesso em 28/08/2002.
- Mohallem, A.G.C.; Suzuki, C.E.; Pereira, S.B.A. *Princípios da oncologia*. In: *Enfermagem oncológica*. Mohallem, A.G.C. L; Rodrigues, A.B. (orgs.) São Paulo: Manole, 2007. Cap. 1. Pág, 3-20.
- Moreira, J. S (2001). *Carcinoma brônquico*. In: SILVA, L. C. C. *Condutas em Pneumologia*. Rio de Janeiro: Revinter, vol. I, 553-568.
- Moreira, J. S.; Porto, N.; Camargo, J. J. E Geyer, G. R. (2001), *Carcinoma brônquico*. In: SILVA, L. C. C. *Condutas em Pneumologia*. Rio de Janeiro: Revinter , vol. I, 553-568.

- Neto, I. G., (2004), *A dignidade e o sentido da vida: Uma reflexão sobre a nossa existência*. Lisboa: Pergaminho.
- Oliveira, C; Saraiva, A. (2010), Comparative study between computed tomography and bronchoscopy in the diagnosis of lung cancer. *Radiologia Brasileira*. Vol. 43, n. 4, pág. 229– 235;
- OMS, Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt/>. Acessado em : 17 março 2020.
- Ondr. (2014/2015), 10º *Relatório Panorama das Doenças Respiratórias em Portugal* - Caminhos para o Futuro. 157-166.
- Pereira, J. (2001), - *Cancro do pulmão*. Junho, AMEGEN BIOFARMACÊUTICA.9-11.
- Peterson, E; Aker, A; Kim, Jh. (2013), Lung cancer risk from radon in Ontario, Canada: how many lung cancers can we prevent? *Cancer Causes & Control*, 24:2013–2020,
- Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados* (Salgueira, trads) Coimbra quarteto.
- Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), (2010), Lisboa, direção geral de saúde. 4ª Edição.
- Programa Nacional de cuidados Paliativos. (2005). Lisboa: DGS, ISBN 972-675-124-1. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008151.pdf>. Acessado em : 15 janeiro 2020.
- REPÚBLICA CABO VERDE, Ministério da saúde. Relatório Estatístico 2010. Praia 2011. Disponível em: www.minsaude.gov.cv/index.php?option=com_docman. Acessado em : 20 março 2020.
- Sales CA, Silva MRB, Borgognoni K, Rorato C, Oliveira W.(2008), *Cuidados paliativos: a arte de estar-com-o-outro de forma autêntica*. Ver Enferm UERJ.
- Sales, C. A.; Grossi, A. C.; Almeida, C. S.; Danini, J. D.; Marcon, S. S. (2012). *Cuidado de enfermagem oncológico na ótica do familiar no contexto hospitalar*. *Acta Paul Enferm.* V. 25 (5): p. 739-42. Disponível em www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/14.pdf. Acessado em: 14 abril 2020.

- Santos, D.B.A., Lattaro, R.C. e Almeida, D.A. (2011). *Cuidados paliativos de enfermagem ao utente oncológico terminal: revisão de literatura*. Revista de Investigação Científica. São Sebastião do Paraíso. V.1, n.1. 72-85,
- Silva, (2011). *Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros*. Acta paul. enferm., São Paulo , v.24,n.2,p.172-178, Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext& . Acessado em : 4 maio 2020.
- Silveira, C; S; Zago, M. (2006). *Pesquisa brasileira em enfermagem oncológica: uma revisão integrativa*. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4,p.614-619,ago. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext . Acessado em: 19 março 2020.
- Scheneider, N. C (2002). *Carcinoma brônquico*. Disponível em: www.medstudents.com.br/artigo_conteudo.asp. Acessado em : 5 abril 2020.
- SEMEDO, D.S.R.C. (2011) , *Descrição e compreensão das vivências familiares de pessoas com doença oncológica e na identificação das dimensões do processo de resiliência, no contexto da realidade Cabo Verdiana*. Dissertação de Mestrado em Medicina (Saúde Publica) apresentada á Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Silva, Rcv Da; Cruz, Ea Da. .(2011), *Planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer: reflexão teórica sobre as dimensões sociais*. Esc. Anna Nery (online) Vol.15, n.1, pp.180-185.
- Silveira, Camila Santejo; Zago. (2006), Márcia Maria Fontão. *Pesquisa brasileira em enfermagem oncológica: uma revisão integrativa*. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 614-619, ago.
- Smeltizer, S.C; Bare, B.G. (trad.) Brunner & Suddarth. (2002), *Tratado de enfermagem medico-cirúrgico*. Vol.3. 9º ed. RJ: Ed Guanabara koogan S.A.
- Souza, Mcs; Vasconcelos, Agg; Rabelo, Ms, (2014), *Perfil dos pacientes com câncer de pulmão atendidos no Instituto Nacional de Câncer, segundo condição tabagística, 2000 a 2007*. Revista Brasileira de Epidemiologia. Pag. 175-188.
- Stumm E [et al.]: *Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer*. Cogitar em Enfermagem 13 n.1; 2008:75-82.
- Teixeira, E., Conde, S., Alves, P. (2002), “*A mulher e o cancro do pulmão*”,

Revista Portuguesa de Pneumologia, vol. 9, pp. 225-247. Retrieved Junho/2008
From

www.sppneumologia.pt/download.php?path=pdfs&filename=RPP_2003_3_225_cancro_pulmao.pdf. Acessado em : dezembro 2019.

- Teixeira, L A; Fonseca, C. M. (2007). *Doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do Câncer no Brasil* /- Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 172 p. : il.; 26 cm.
- Tomey, A.M. (2002). *Virgínia Henderson definição de enfermagem in A.M.Tomey E.M.R. Alligood, Teorias de Enfermagem e a sua Obra (modelos e teorias de Enfermagem). 5º ed. Loures Lusociência.*
- Tortora, Gerard J.; Nielsen, Mark T , (2013)... *Princípios de anatomia humana*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.1114 p.
- Uehara, C.; Santoro, I. L. E Jamnik, S. (2000), *Câncer de Pulmão: comparação entre os sexos*. Jornal de Pneumologia, vol.26, nº6, 286-290.
- Universidade do Mindelo (2004) Normas para a elaboração e apresentação de trabalhos académicos e científicos.
- Vandenhende, Ma.; Roussillon, C.; Henard, S. (2015) , Cancer-Related Causes of Death among HIV Infected Patients in France in 2010: Evolution since 2000. PLOS ONE.
- Vinholes, J. (2001), *Tratamento quimioterápico do carcinoma brônquico*. In: Silva, L. C. C. Condutas em Pneumologia, Rio de Janeiro: Revinter, 571-592.
- Watson J. (2002): *Enfermagem - ciência humana e cuidar, Uma teoria de enfermagem*, Lusociência, Loures.
- World Health Organization, (2002), Expert Committee on Cancer Pain Relief and Active.
- Wenzl C. (2001): The role of the nurse chaplain - a personal reflection. In Ferrel B, Coyce N: Textbook of palliative nursing, Oxford, New York.
- Zamboni, M. M. (2002). *Epidemiologia do câncer de pulmão*. Jornal de Pneumologia, vol. 28, nº1, 41-47.
- Rosa, T. E. C., Benício, M. H.A., Latorre, M. R.D. O. e Ramos, L. R. (2003), *Fatores Determinantes da Capacidade Funcional entre Idosos*, www.scielo.org/pdf/rsp/v37n1/13543.pdf/RK%3D0.0bR4nKeONXu.hB7t7GfYWQ, 2016-06-03, 12:57.

APÊNDICES

Apêndice 1- Cronograma

Atividade	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto
Elaboração do projeto									
Entrega e defesa do projeto									
Pesquisa bibliográfica									
Colheita e discussão de dados									
Conclusão da monografia									
Entrega da monografia									
Defesa da monografia									

Apêndice 2 - Guião das entrevistas

I- Caracterização do(a) Entrevistado.

Género:

Idade:

Estado Civil:

Habilitação Literária:

Tempo de Profissão:

1. Qual a sua experiência no atendimento aos utentes com cancro no serviço de medicina no HBS?

2. Quais são os tipos mas prevalentes do cancro no serviço de medicina no HBS?

3. O que é cancro de pulmão para si?

4. Qual a sua opinião em relação as principais causas do cancro de pulmão aos utentes atendidos no serviço de medicina no HBS

5. Do seu ponto de vista quais são os principais fatores de risco do cancro de pulmão?

6. Dos utentes atendidos no serviço de medicina do HBS com cancro de pulmão a maioria é do sexo masculino ou feminino?

7. Como é feita a assistência aos utentes com o cancro de pulmão no serviço de medicina no HBS desde a entrada até a saída?

8. Quais são as opções utilizadas pelos enfermeiros no tratamento para o cancro de pulmão no serviço de medicina no HBS e qual poderia ser acrescentado ou melhorado no serviço na sua opinião?

9. Na sua opinião, quais são as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no serviço de medicina do HBS no atendimento dos utentes com cancro de pulmão?

10. Como é avaliado o estadiamento do cancro do pulmão?

11. Quais os impactos da revelação do diagnóstico do cancro de pulmão para o utente e quais são as estratégias utilizadas pelos profissionais de enfermagem no apoio ao utente do serviço de medicina no HBS?

12. Qual a sua experiência relativamente aos cuidados de enfermagem prestados aos utentes com o cancro de pulmão no serviço de medicina no HBS?

_____.

13. Para si quais são as prioridades e desafios no serviço de medicina do HBS para combater o cancro de pulmão?

_____.

14. Quais as expetativas nos cuidados de enfermagem aos utentes em tratamento do cancro de pulmão no serviço de medicina no HBS?

_____.

15. Quais são os planos de cuidados de enfermagem traçados no acompanhamento dos utentes cancro de pulmão no serviço de medicina do HBS?

_____.

16. Como realças a importância dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes com cancro de pulmão nos serviços de medicina do HBS?

_____.

Apêndice 3 -Requerimento entregue ao Hospital Dr. Baptista de Sousa



*Ampliado
Margarida Brito
02/07/2020*

*Suplemento de informação
JES
20.05.20*

Exma Sra. Diretora Hospital Dr. Baptista de Sousa

Dra. Ana Margarida Brito

Mindelo, maio de 2020

Assunto: Pedido de autorização para recolha de informações.

Lenisia Soraia Lima Gonçalves, nº 4022, estudante do 4º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, vem por este meio muito respeitosamente informar a vossa excelência que neste momento encontra-se a realizar o seu trabalho de conclusão de curso sob o tema "*Assistência de enfermagem no tratamento ao utente com Cancro de pulmão, no serviço de Medicina do Hospital Dr. Baptista de Sousa*".

O referido trabalho tem como objetivo geral: descrever a assistência de enfermagem aos utentes com cancro de pulmão atendidos no serviço de medicina do Hospital Dr. Baptista de Sousa, e os objetivos específicos: Conhecer a perceção dos enfermeiros do serviço de medicina do Hospital Dr. Baptista de Sousa sobre o tratamento do cancro de pulmão; Descrever as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros do serviço de medicina do Hospital Dr. Baptista de Sousa no atendimento dos utentes com cancro de pulmão; Identificar a perceção dos enfermeiros sobre a importância dos cuidados de enfermagem aos utentes com cancro de pulmão atendidos no serviço de medicina do Hospital Dr. Baptista de Sousa.

É de salientar que o estudo é de carácter qualitativo, descritivo e exploratório com realização de entrevista semi-estruturada devidamente validadas para o efeito, garantindo todos os princípios éticos.

Nesse sentido vêm-se por este meio solicitar a autorização necessária para proceder a recolha de dados de internamento dos referidos utentes e das informações necessárias junto dos enfermeiros do serviço de Medicina.

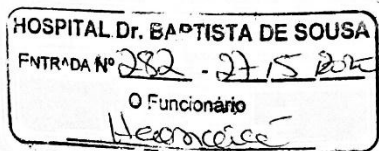
Informa-se ainda que a recolha de dados será feita mediante a aplicação de um guião de entrevista devidamente validado para o efeito e que o mesmo atenderá a todos os preceitos éticos inerentes aos trabalhos do género.

Pede-se deferimento.

Lenisia Soraia Lima Gonçalves

/ Lenisia Soraia Lima Gonçalves /

Sandy Reis
UNIVERSIDADE
DOMINDELO
27.05.2020



Lenisia Soraia Lima Gonçalves, Monte Sossego, São Vicente.

Contacto: 9766244 Email: lenisialima96@gmail.com

Apêndice 4 - Termo de Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Lenisia Soraia Lima Gonçalves, estudante número 4022, do 4º ano do curso de licenciatura em enfermagem, lecionada na Universidade do Mindelo, vem por este meio, muito respeitosamente, solicitar o seu consentimento informado para participar do trabalho de pesquisa, cujo tema é: ***“Assistência de enfermagem no tratamento ao utente com Cancro de pulmão, no serviço de Medicina do Hospital Dr. Baptista de Sousa”***.

O Objetivo da pesquisa será a obtenção do título do grau de licenciatura em enfermagem leccionado na Universidade do Mindelo. A sua participação será muito importante e ela procederá da seguinte forma: uma entrevista individual sobre o referido tema em estudo, sendo que a coleta das informações será feita através de um entrevista. Aproveitamos para esclarecer que a sua participação é voluntaria, podendo o enfermeiro(a), recusar-se a participar, ou mesmo desistir da entrevista em qualquer momento. Lembrando ainda que o enfermeiro(a) não pagará qualquer custo e nem será remunerado pela sua participação. Todas as informações recolhidas, serão utilizadas somente para os fins desta investigação e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

O termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas entregue ao enfermeiro(a).

Caso tenha duvidas não hesite em contactar pelo telemóvel 9766244.

Diante do exposto, eu _____, estou ciente dos esclarecimentos e manifesto que desejo participar, por minha livre e espontânea vontade.

Mindelo, ____ de _____ de 2020.

/Investigador (a)/

Apêndice 5 - Análise e Interpretação das Categoria

Tema	Categoria	Subcategoria	Indicadores/unidades de registo	Unidades de Contexto
	Categoria I- Conceitos sobre o cancro de pulmão.	Subcategoria I- Principal causas.	<ul style="list-style-type: none"> • Enf1: “Tabagismo”. • Enf2: “Tabagismo”. • Enf3: “Tabagismo”. • Enf4: “Tabagismo”. • Enf5: “Tabagismo”. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enf1: “A principal causa é o tabagismo”. • Enf2: “A principal causa é o tabagismo”. • Enf3: A principal causa é o tabagismo”. • Enf4: “A principal causa é o tabagismo”. • Enf5: “A principal causa é o tabagismo”.
		Subcategoria II- Principais fatores de riscos.	<ul style="list-style-type: none"> • Enf1: “Tabagismo e fumantes passivos”. • Enf2: “Tabagismo, hereditariedade e ambientes poluídos”. • Enf3: “Tabagismo, hereditariedade”. • Enf4: “tabagismo, de evolução de produtos tóxicas”. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enf1: “Os fatores de riscos são o tabagismo e fumantes passivos”. • Enf2: “Os fatores de riscos são tabagismo, hereditariedade e ambientes poluídos”. • Enf3: “Os fatores de riscos são tabagismo, hereditariedade, não fumantes alterações genéticas, inalação de poeira, ar ou algumas doenças predisõem como a tuberculose e doença pulmonar obstrutiva crónica”.

			<ul style="list-style-type: none"> • Enf5: “tabagismo, exposição de produtos tóxicos”. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enf4: “Os fatores de risco são tabagismo, de evolução de produtos tóxicos”. • Enf5: “ Vários fatores que podem levar ao cancro de pulmão como por exemplo o tabagismo, exposição de produtos tóxicos, ambientes poluídos, hereditariedade entre outros”.
	<p>Categoria II- Dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no serviço de medicina do HBS no atendimento dos utentes com cancro de pulmão.</p>	<p>Subcategoria I- Assistência aos utentes com cancro de pulmão no serviço.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enf1: “Assistência paliativa”. • Enf2: “Profissionalismo ”. • Enf3: “Cuidados de enfermagem”. • Enf4: “Avaliações dos sinais vitais”; • Enf5: cuidados paliativos 	<ul style="list-style-type: none"> • Enf1: “Os utentes com cancro do pulmão damos uma assistência paliativa”. • Enf2: “É feito com ética, profissionalismo e empatia”. • Enf3: “A entrada o utente é recolhido no leito, durante o internamento (cuidados de enfermagem, fisioterapia, médicos e nutricionistas”. • Enf4: “ A assistência trata-se de dar resposta as necessidades afetadas, apoio psicológico etc. Avaliações dos sinais vitais sempre que for necessário”. • Enf5: “A assistência aos utentes varia de cada utente e o estagio da doença,

				mas normalmente a assistência é baseado na dor, uma vez que, geralmente são utentes que necessitam de cuidados paliativos”.
		<p>Subcategoria II- Tratamentos prestados e quais poderiam acrescentar ou melhorar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enf1: “Estágio avançado”. • Enf2: “Dar apoio emocional”. • Enf3: “Cuidados de enfermagem” • Enf4: “Uso de fármacos”. • Enf5: “proporcionar uma maior qualidade de vida a esses utentes”. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enf1: “No serviço não temos opções de tratamento aos utentes porque chegam no serviço no estágio avançado”. • Enf2: “Promover o bem-estar do utente, dar apoio emocional e psicológico, poderia melhorar o aspeto mental e emocional. • Enf3: “Cuidados de enfermagem (higiene, terapêutica, alimentação e comunicação. Poderia ser acrescentado ou melhorado criar um serviço de oncologia em conexão com serviço de Medicina” • Enf4: “Garantir melhor O2 sempre que necessário, uso de fármacos que garante funcionamento do trato respiratório (Ex: corticoides). • Enf5: “ Não existe um tratamento ainda para o cancro de pulmão, mas nos

				<p>enfermeiros tentamos proporcionar uma maior qualidade de vida a esses utentes. Relativamente ao que podia ser melhorado neste setor seria proporcionar fármacos dentro dessa área”.</p>
		<p>Subcategoria</p> <p>III- Impactos da revelação do diagnóstico e quais estratégias utilizados pelos profissionais de enfermagem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enf1: “não aceitam, estratégias medidas preventivas”. • Enf2: “graves, as estratégias o consolo”. • Enf3: “não aceita, estratégias dar apoio”. • Enf4: “prestação de apoio psicológico”. • Enf5: “consequências negativas” 	<ul style="list-style-type: none"> • Enf1: “Impactos os utentes não aceitam, estratégias as medidas preventivas, identificar os efeitos colaterais”. • Enf2: “Os impactos são graves pois trata-se de uma patologia grave, as estratégias são a empatia e o consolo”. • Enf3: “Muitos das vezes a utente não aceita, levando á depressão, baixa autoestima, as estratégias dar apoio psicológico, higiene, alimentação e terapêutica”. • Enf4: “O enfermeiro atua na prestação de apoio psicológico ao utente uma vez que é o médico ou psicólogo a informar primeiramente da sua patologia”. • Enf5: “A revelação de um diagnóstico de uma doença crónica em si tem

				sempre consequências negativas, entretanto cabe o enfermeiro saber criar estratégias para analisar os pensamentos negativos dos utentes proporcionando um ambiente calmo de reciprocidade”.
	Categoria III- Importância dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes com cancro de pulmão no serviço de medicina do HBS.	Subcategoria I- Planos de cuidados de enfermagem.	<ul style="list-style-type: none"> • Enf1: “Não temos planos de cuidados”. • Enf2: “Promover o conforto do utente”. • Enf3: “Adesão ao tratamento”. • Enf4: “Garantir que as suas necessidades afetadas”. • Enf5: “alívio dor situação da doença”. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enf1: “No setor de medicina não temos planos de cuidados para esses utentes”. • Enf2: “Promover o bem-estar e emocional, físico e mental do utente e promover o conforto do utente”. • Enf3: “Uma relação enfermeiro-utente no processo de adesão ao tratamento”. • Enf4: “Acompanhamento do doente adequado o seu internamento, garantir que as suas necessidades afetadas tenham melhor prestação dos cuidados”. • Enf5: “Sendo que é uma doença sem cura o envolvimento da família nos cuidados e o alívio dor situação da doença são relativamente importantes”.

		<p>Subcategoria II- Prioridades e desafios no serviço.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enf1: “Prevenção primária”. • Enf2: “Desafios compreender a patologia, as prioridades são tratar o bem-estar”. • Enf3: “Prioridade dar assistência humanizada, o desafio cuidados de enfermagem”. • Enf4: “educação de saúde, prevenção e abandono dos hábitos”. • Enf5: “alívio da dor” 	<ul style="list-style-type: none"> • Enf1: “Os profissionais tem que trabalhar mais na prevenção primária”. • Enf2: “Desafios são melhor compreender a patologia em si, as prioridades são tratar o bem-estar do utente na fase complicado”. • Enf3: “Prioridade dar assistência humanizada ao utente com cancro de pulmão, o desafio melhorar os cuidados de enfermagem”. • Enf4: “O enfermeiro continua a fazer primeiramente a educação de saúde, focando na prevenção e abandono dos hábitos tabágicos e outras”. • Enf5: “Os desafios estão relacionados com o alívio da dor desses utentes como também da família que não é tarefa fácil”.
--	--	---	---	--